



DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

9^e Législature

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1990-1991

(20^e SÉANCE)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Luratech

3^e séance du vendredi 12 avril 1991

www.luratech.com

SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE M. GEORGES HAGE

1. Réforme hospitalière.- Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 1177).

Discussion générale :

MM. Gilbert Millet, Jacques Barrot, Jean-Luc Prétel, Bruno Durieux, ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité, chargé de la santé ; Bernard Debré, le président.

Rappels au règlement (p. 1186)

MM. Jean-François Mattei, Bernard Debré, le président.

Reprise de la discussion (p. 1186)

M^{me} Elisabeth Hubert, MM. Bernard Bioulac, Jean-Pierre Foucher, le ministre, Bernard Debré, le rapporteur.

M. le président.

Renvoi de la suite de la discussion à une prochaine séance.

2. Dépôt d'une proposition de résolution (p. 1192).

3. Dépôt d'un rapport (p. 1192).

4. Dépôt des rapports d'information (p. 1192).

5. Ordre du jour (p. 1192).

LuraTech

www.luratech.com

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. GEORGES HAGE,

vice-président

La séance est ouverte à vingt-deux heures.

M. le président. La séance est ouverte.

1

RÉFORME HOSPITALIÈRE

**Suite de la discussion,
après déclaration d'urgence, d'un projet de loi**

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion, après déclaration d'urgence, du projet de loi portant réforme hospitalière (nos 1876, 1947).

Au cours de la deuxième séance du mercredi 10 avril, l'Assemblée a rejeté la question préalable.

La parole est à M. Gilbert Millet, premier orateur inscrit dans la discussion générale.

M. Gilbert Millet. Monsieur le président, monsieur le ministre chargé de la santé, mesdames, messieurs, l'hôpital public a été un des fleurons du système de santé français. Par le haut niveau de connaissances du corps médical hospitalier, par la compétence et le dévouement des professionnels de santé, par ses moyens techniques et la valeur de ses chercheurs, il mariait le sens du service public à une conception élevée de son rôle social.

Par son maillage sur l'ensemble du territoire national, il apportait et apporte encore des réponses de qualité aux besoins de santé de la population.

A ces différents niveaux, il permettait, certes avec des inégalités, d'offrir des réponses adaptées à la diversité des situations : avec ses établissements de proximité, atout original pour notre pays, situés plus près de la population, établissements qu'il conviendrait de développer et de moderniser, les hôpitaux locaux, lieu privilégié de l'intervention des médecins de famille, avec les hôpitaux généraux, qui, dotés des moyens appropriés, devraient être en état de prendre en charge l'essentiel des hospitalisations, mais aussi avec ces établissements hautement spécialisés, carrefours du savoir et de la recherche, que constituent les C.H.U. et les C.H.R., chacun de ces étages étant complémentaire des autres.

Aujourd'hui encore, l'hôpital public garde aux yeux des gens ses qualités prestigieuses puisque, selon un sondage récent, 88 p. 100 des Français lui reconnaissent la compétence, 85 p. 100 la sécurité, 87 p. 100 le dévouement.

Mais tous ces acquis sont gravement mis en cause. L'hôpital, en effet, subit de plein fouet les dommages d'une politique d'austérité qui en compromet gravement le fonctionnement et l'efficacité, le taux directeur que vous imposez cette année, de 2,1 p. 100, illustrant bien les conditions impossibles de fonctionnement dans lesquelles vous le placez.

L'insuffisance en moyens techniques et les difficultés de leur renouvellement et de leur modernisation, la pénurie en personnel, reconnue dans les mêmes sondages par 70 p. 100 des gens, l'asphyxie financière dans laquelle les établissements se trouvent plongés constituent autant de handicaps majeurs que seules les qualités professionnelles et les sacrifices des acteurs de santé atténuent quelque peu...

M. Bernard Debré. Merci !

M. Gilbert Millet. ... mais cela au détriment des conditions de travail et des conditions d'accueil et de soins pour les malades.

Le mécontentement est grand dans les hôpitaux. Le puissant mouvement des infirmières en a été le révélateur. Depuis, en dépit des acquis de leur lutte, l'insatisfaction, la colère et les aspirations à d'autres moyens de fonctionnement et de travail traversent toutes les catégories de personnel, y compris le corps médical.

Bref, la constatation que la situation de l'hôpital a'est dégradée au point de devenir dangereusement aléatoire est une évidence quasi unanimement partagée, d'autant que la précarité fait partie de ses horizons immédiats, et notamment dans ses structures de proximité : des dizaines de milliers de lits sont d'ores et déjà fermés, tandis qu'on en prévoit 60 000 supplémentaires, un grand nombre de services, de maternités, voire d'hôpitaux, sont menacés ou supprimés, préfigurant ainsi des orientations de votre réforme hospitalière.

Dans le même temps, se développent rapidement dans le pays des chaînes hautement lucratives d'établissements privés, émanant de groupes industriels et financiers, chaînes qui se dotent de plateaux techniques hautement performants et se fortifient des difficultés et des coups portés à l'hospitalisation publique mais aussi des problèmes rencontrés par les établissements privés traditionnels, contraints parfois à disparaître ou à être absorbés.

Monsieur le ministre, ces appétits financiers ne se bornent pas à l'hospitalisation. Ils voient dans le développement des réseaux de soins des champs nouveaux à investir. La loi permettant la création de sociétés de capitaux, dont les médecins se feraient les pourvoyeurs de la rentabilisation, est un des instruments ouverts désormais à leurs ambitions.

Un exemple : Domicall, créé en Ile-de-France par la Lyonnaise des Eaux, avec vingt permanents, 1 500 agents, ouvert vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept, et qui offre tout, depuis la visite par garde-malade jusqu'au service d'urgence en passant par les petits bricolages ou les examens de biologie. Il suffit d'être abonné - cinq francs par mois - et de payer ensuite les prestations directement ou par l'intermédiaire d'une assurance privée, les prestations médicales suivant le régime habituel. Un contrat est déjà passé avec une ville de 60 000 habitants.

Bref, on le voit, la financiarisation de la politique de santé est largement entamée avec - est-il besoin de le préciser ? - ses intolérables conséquences sociales faites d'inégalités dans la réponse aux besoins de santé.

D'un côté, c'est la diminution des remboursements, le forfait hospitalier, l'impôt santé - la C.S.G. - la restriction d'accès pour le plus grand nombre aux soins remboursables à l'hôpital ou ailleurs.

De l'autre, c'est la loi de l'argent et de son rendement maximal sur un fond de crise où précarité, chômage, bas salaires, dégradation de vie et d'environnement, contribuent à mettre en cause l'équilibre de l'individu, s'attaquant à l'intégrité de sa santé. Pour des millions de personnes, ce sont des réponses à deux vitesses aux besoins de santé qui sont dès maintenant opérationnelles.

Dans ce contexte, monsieur le ministre, votre projet portant réforme hospitalière est d'une exceptionnelle gravité, car il s'inscrit dans cette logique de rentabilisation financière, en cohérence totale avec l'ensemble des dispositions mises en place par votre gouvernement pour bouleverser notre société et la remodeler en fonction des enjeux des grands intérêts français et européens.

Hier, c'était l'existence des communes et leur autonomie qui étaient programmées à la disparition, pour livrer l'aménagement du territoire national au déploiement de leur stratégie.

Aujourd'hui, c'est la même finalité qui traverse votre projet sur fond d'austérité et de restriction des dépenses de santé remboursables.

Dans tout cela, une grande cohérence ; non une cohérence de gauche, mais celle de votre Europe de l'argent : une cohérence de droite.

Mais, avant d'aborder l'examen de ce projet, une question première : fallait-il procéder à une réforme de l'hôpital ?

La réponse est évidemment positive, d'abord pour lui accorder les moyens de sortir de la crise dans laquelle vous le plongez, mais aussi parce que le développement des connaissances et des techniques et l'évolution de notre société en cette fin de siècle nécessitent son adaptation aux données de notre temps.

Cependant, il ne s'agit pas de ces adaptations-là dans votre projet, mais de la mise en place de nouvelles données qui substituent aux principes du service public la logique de l'entreprise et les exigences de rentabilité que je viens d'évoquer.

Bien entendu, vous vous présentez paré des vertus des bonnes intentions, mais, tel Janus, votre loi est à double face.

D'un côté, c'est l'affirmation de valeurs incontestables : concertation, modernisation, coopération, évaluation, dialogue, démocratie. Qui ne serait d'accord avec elles ? Elles correspondent tout à la fois aux aspirations des professionnels de santé et aux besoins de notre époque.

Mais c'est l'autre face qui constitue le contenu inquiétant de votre projet. Par toutes ses dispositions, il s'appuie sur ces aspirations pour les transformer en leur contraire dans l'esprit que je viens d'évoquer.

Revenons donc dans le mécanisme de votre texte en ayant toutefois fait justice à votre prétendue concertation. Concerner, c'est élaborer avec les acteurs concernés, écouter leurs propositions, définir ensemble la démarche et les moyens.

Monsieur le ministre, chacun peut constater que votre projet d'aujourd'hui n'est guère différent des avant-projets initiaux et que contestations, remarques, propositions, sont, pour l'essentiel, passées à la trappe.

Reste un show médiatisé qui a rencontré d'ailleurs quelques difficultés sur son chemin.

Venons-en donc à votre texte.

C'est une réforme par le haut. Il ne pouvait en être autrement, pour deux raisons.

Premièrement, la maîtrise de la cohérence de ce dispositif de redéploiement des circuits financiers et de l'aggravation de l'austérité sur fond d'inégalités, nécessite le renforcement du pouvoir du Gouvernement et des préfets de région. Il n'y a rien, là non plus, de bien original. Ce renforcement considérable des moyens de tutelle traverse tous vos projets de recomposition de la société française.

La deuxième raison, c'est la logique européenne. Les stratégies financières européennes exigent la dimension de l'espace régional, voire suprarégional. C'est un des points nodaux de la loi Joxe-Baylet. D'ailleurs, à ce propos, la constitution de supers-communes faciliterait l'intégration des collectivités locales au financement de cette stratégie de santé. Tout se tient.

L'objectif de cette réforme par le haut, c'est de verrouiller dans le détail les orientations, les structures et le fonctionnement des moyens de santé.

Les instruments en sont la carte sanitaire, qui en quantifie la répartition, et les schémas d'organisation sanitaire qui en organisent la distribution.

C'est donc là, sous votre responsabilité ou celle de votre représentant, que tout se passera.

En vertu de vos objectifs, et en référence formelle avec les besoins, ils décideront de l'extension mais davantage encore de la fusion, de la reconversion ou de la suppression de services ou d'établissements, dans une concurrence « organisée » entre public et privé, dans laquelle le second dans ses grandes unités partira gagnant, ayant pris dès maintenant largement de l'avance.

Les équipements : il a toutes facilités pour se les procurer.

Les équipes : elles sont en place.

Sur quels critères seront établis cette carte et ces schémas ? Sur ce que Michel Rocard appelle pudiquement « les gains de productivité », ce qui signifie qu'ils sont en toute logique ceux de l'entreprise et non ceux des besoins.

Oui, la référence aux besoins dans votre texte est purement formelle : Quels besoins ? qui les recense ? à quels niveaux et avec quels moyens ? S'agit-il de grilles mathématiques, véritables guillemets statistiques sur la base d'indices pseudo-scientifiques ? Cela, vous savez le faire et il suffit de perfectionner le système. Cette conception des besoins fait déjà de grands ravages dans le secteur de l'éducation nationale.

S'agit-il *a contrario* de prendre en compte toute la diversité géographique, économique et sociale des besoins de santé, ce qui fait appel à une pratique démocratique pour les mettre à jour et y apporter réponse ?

Dans le premier cas, la référence aux besoins n'est qu'alibi pour voiler les véritables objectifs de votre démarche : la rentabilité financière.

Dans le second cas, il s'agit de placer les gens et leurs besoins au centre et d'en faire les co-auteurs des réponses à apporter. C'est notre démarche à nous et j'y reviendrai à la fin de mon propos.

Pour nous, en effet, la santé ne peut être une donnée marchande obéissant exclusivement aux lois qui en découlent. Où se place alors l'individu, avec ses difficultés, son équilibre menacé, sa détresse, les atteintes de la maladie, les conséquences du handicap, conjuguées toutes sur le mode personnel et singulier ? Tout sera pour lui comme aux Etats-Unis d'Amérique, une question de solvabilité.

Les conséquences pour l'hôpital sont considérables : c'est le concept « hôpital-entreprise » qui se substitue à celui de service public, tant il est vrai que ces deux notions sont fondamentalement antinomiques ; c'est la mort annoncée du service public.

Ce sont les professionnels de santé laminés dans leur éthique par les exigences d'un rendement commercial de leur pratique !

C'est du même coup la dimension sociale qui fait honneur à l'hospitalisation de notre pays qui se trouve contestée.

La carte sanitaire et les schémas constituent le lieu institutionnel le mieux adapté aux encadrements nécessaires.

L'hôpital public va donc devoir s'y plier et votre projet en définit les modalités. Mais il sera d'autant plus obligé de s'y plier qu'il est en état d'asphyxie progressive par un budget global qui l'étrangle méthodiquement au fil des ans.

Concrètement, premièrement, « l'hôpital-entreprise » devra rechercher d'autres ressources et donc privilégier les secteurs de productivité et de rentabilité pour en faire des objets commerciaux : activités de service, plateaux techniques, brevets, autant de sources complémentaires de financement qu'il pourra réinjecter dans son fonctionnement. C'est l'intégration du concept commercial au détriment du service public.

Deuxièmement, dans ce cadre, le projet de chaque établissement devra être conforme au schéma d'organisation sanitaire et à l'image du budget, en accord avec les hypothèses économiques et la politique gouvernementale. « L'hôpital-entreprise » devra élaguer tout ce qui ne rentre pas dans cette logique financière en fonction des contraintes de l'austérité.

Ici, ce pourra être la reconversion de services entiers, voire d'hôpitaux, reconversion dans laquelle, monsieur Durieux, vous voyez les moyens de répondre aux conditions d'accueil des personnes âgées, dramatiquement insuffisantes aujourd'hui, personnes elles-mêmes d'ailleurs déjà marquées dans le domaine social par la sélection par l'argent. En témoignent les MAPI de la Lyonnaise des Eaux.

Comme si on pouvait, monsieur le ministre, à partir de cette grande question humaine et sociale, justifier la suppression de services actifs à l'égard de l'ensemble de la population ! Utiliser les personnes âgées pour agir contre les autres besoins sanitaires : voilà qui me paraît personnellement profondément insoutenable.

Il est nécessaire, et indispensable, de développer les structures d'accueil pour les personnes âgées et de développer et moderniser les structures hospitalières de proximité en fonction de besoins d'aujourd'hui.

Là, ce sera la fermeture de services de chirurgie, de maternités, de spécialités voire d'établissements entiers.

L'hôpital local, instrument du praticien, se voit condamné dans votre réforme à quelques lits de médecine, et encore, sous la responsabilité d'une autre structure hospitalière.

Mme Mugnette Jacquelin. C'est intéressant, monsieur Millet, mais M. le ministre ne vous écoute pas !

M. Gilbert Millet. C'est bien dommage !

M. Bruno Durlieux, ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité, chargé de la santé. Le ministre a deux oreilles, une pour le rapporteur et une pour l'orateur !

M. Gilbert Millet. Oui, mais il me paraît essentiel d'écouter l'orateur pour répondre à ces questions fondamentales.

Maternités, petite chirurgie et structures d'accueil de premières urgences seront bannies. Et ne nous parlez pas de sécurité pour justifier ces mesures car, autant il est inconcevable de faire partout n'importe quoi, autant la sécurité est affaire de technique, de niveau professionnel mais aussi de conditions géographiques, de trajets et d'environnement social et psychologique. Mon activité passée de médecin de campagne me donne quelque autorité pour vous en parler.

Bref, carte sanitaire et schémas permettront de généraliser et d'institutionnaliser une pratique de démolition aujourd'hui largement entamée, conformément aux objectifs du X^e Plan.

Troisièmement, sous couvert de coopération - un des autres thèmes de votre réforme - « l'hôpital-entreprise » se verra fortement encouragé à perdre son autonomie, voire son existence dans le cadre de syndicats interhospitaliers qui seront les instruments privilégiés pour mettre en œuvre cette nouvelle stratégie de redéploiement. L'exemple de Bédarieux illustre les potentialités d'une telle solution pour faire disparaître des activités médicales dans un hôpital local ; potentialités, mais aussi résistances.

En vérité, comme dans la loi Joxe-Baylet, vous usez d'un véritable abus de langage : quand vous parlez de coopération, il faut entendre intégration !

Mais la coopération c'est, pour « l'hôpital-entreprise », une autre éventualité, celle de la logique financière du privé au sein de G.I.P. ou de G.I.E., qui pourra ainsi mieux investir et traverser l'hospitalisation publique. Ce sont aussi les conventions et contrats avec des personnes publiques ou privées, y compris internationales. L'espace européen est bien inscrit dans votre projet.

Quatrièmement, pour plier « l'hôpital-entreprise » et toutes ses composantes à cette rentabilité obligée, il vous faut désamorcer le mécontentement et les luttes qui ne peuvent manquer de se développer et procéder à une véritable intégration du personnel à cette recomposition des missions de l'hôpital.

Pour ce faire, votre projet se livre à un véritable détournement des aspirations à la démocratie. Les conseils de département et de service, loin d'être des lieux d'autogestion, définiront eux-mêmes leurs objectifs dans les créneaux imposés par les schémas d'organisation sanitaire dans le contexte rentabilité-austérité de l'hôpital et en concurrence avec d'autres activités du même type dans le secteur privé. Il s'agit bien de l'autogestion, par les acteurs de santé eux-mêmes, de la « financiarisation » de la politique de santé au détriment de la véritable finalité de leur pratique : le malade.

Bien entendu, la démocratie représente bien une des composantes essentielles de la modernisation de l'hôpital répondant aux besoins de communiquer et d'agir ensemble. Mais votre réponse en est non seulement la caricature, mais aussi la négation.

Cinquièmement et pour ne laisser rien au hasard, cette autocensure « démocratique » se donnera les armes de son propre « auto-contrôle ». Sous prétexte d'évaluation nécessaire des résultats, vous opérez un véritable détournement en enfermant cette évaluation dans le cadre strictement comptable de vos objectifs de rationnement et de rentabilisation. C'est le sens de vos propos, monsieur le ministre, dans un journal que j'ai lu récemment, annonçant la généralisation, de gré ou de force, des P.M.S.I.

Autocensure, autorégulation et autocontrôle, telle est la logique de votre conception de la pratique démocratique et du dialogue ! Faute de s'y conformer, c'est la disparition de tel ou tel service ou la réduction de son activité au strict minimum de l'austérité qui sont en jeu.

Toutes les autres dispositions de votre projet s'inscrivent dans ces lignes de force qui indiquent bien l'ampleur du bouleversement, sur le fond et dans ses structures, imposé à l'ensemble de notre appareil hospitalier, des C.H.U. et C.H.R. aux hôpitaux de proximité les plus menacés.

Venons-en maintenant à l'hospitalisation privée qui, on l'a vu, est intégrée dans la carte sanitaire et les schémas dont elle constituera un régulateur privilégié. Elle n'échappe pas aux contraintes économiques que j'évoquais et, dans cette concurrence tous azimuts, beaucoup d'établissements laisseront leur vie ou leur âme. Mais, dans ses formes les plus achevées - je veux parler des chaînes - elle s'en sortira au mieux : la loi est faite pour elle.

Accédant dans les délais les plus rapides au matériel le plus perfectionné qu'elle rentabilise au meilleur rendement, elle dispose et disposera plus encore des équipes médicales qui ont dû, au détriment de leur indépendance morale et professionnelle, abandonner les perspectives incertaines et les conditions de travail toujours plus précaires de l'hôpital public.

Mais votre projet de loi, monsieur le ministre, se donne encore une autre dimension qui en assure la cohérence globale, car les ambitions du monde de l'argent ne se limitent pas à la seule hospitalisation.

C'est pourquoi, dans votre carte sanitaire et vos schémas d'organisation sanitaire, sont inclus les soins sans hébergement et les alternatives à l'hospitalisation. Ils seront d'ailleurs prétexte à la réduction des capacités hospitalières et constitueront un nouveau terrain d'attaque contre les hôpitaux de proximité. Sur la base de plateaux techniques performants et de réseaux de professionnels de santé qui pourront être organisés désormais en sociétés de capitaux, voilà sous ces formes ou sous d'autres la rentabilisation maximale des pratiques de santé, au détriment de toute prise en compte des questions sociales sur le fond de la stratégie des compagnies d'assurances. J'ai évoqué au début de mon propos l'expérience grandeur nature des « Domicil »

Que deviendront dans ces conditions les malades « sortis de l'hôpital » et dont le niveau social ne leur permettra pas d'accéder à de tels réseaux ? Y aura-t-il le réseau riche et celui des pauvres, le tout organisé sous la houlette de la carte sanitaire ?

Décidément, rien n'est laissé au hasard. C'est la logique de santé à deux vitesses !

La prise en charge de la santé au domicile du malade constitue, quand elle est médicalement et psychologiquement possible, une nécessité aux besoins d'aujourd'hui. Déjà des initiatives de professionnels de santé, d'associations diverses de collectivités locales tentent d'y apporter réponse et selon nous l'hôpital, sans hospitalo-centrisme, peut y apporter son concours avec pour objectif central le malade. Pour vous cet objectif devenant second et servant de terrain de manœuvre aux grands intérêts privés, ces initiatives devront-elles se plier à leur loi ou disparaître ? C'est un des grands dangers de votre réforme.

Enfin, monsieur le ministre, il est une autre menace : les collectivités locales sont intégrées à la mise en œuvre des schémas d'organisation sanitaire sous forme contractuelle.

On voit bien où on veut en venir. Dans le domaine de l'hospitalisation seront-elles contraintes, pour conserver tel ou tel service de proximité menacé, de le prendre en charge ? Allons-nous voir dans ce domaine le chantage que l'on trouve ailleurs, à La Poste ou à la S.N.C.F., et visant à contraindre les collectivités locales à prendre en compte tout ce qui échappe aux critères de rentabilité ? Seront-elles sommées de financer tous les besoins non couverts de la population ?

Au total, votre projet représente une recomposition fondamentale du système de santé français aux nouvelles données de l'Europe financière de 1992.

Les victimes en seront tout à la fois les gens et l'égalité d'accès à la santé, l'hospitalisation publique dont la mission se voit totalement pervertie, la complémentarité entre secteur public et secteur libéral au profit d'une concurrence sauvage organisée au profit exclusif des chaînes financières de santé, les professionnels de santé contraints d'être les acteurs de cette stratégie profondément contraire à leur éthique et à la haute mission qu'ils ont de leur exercice dans un domaine qui touche à la souffrance, à la maladie et à la mort.

Mais il est une autre démarche dont j'ai évoqué quelques points au fil de mon intervention. Je ne ferai que la résumer brièvement.

Elle a pour centre la population et ses besoins qui sont immenses, comme en témoignent largement les élans de solidarité qui entourent la recherche sur le cancer, le sida et les maladies génétiques. La collecte de ces besoins doit se faire au plus près, avec le concours des gens et celui des professionnels de santé et des élus afin d'y apporter des réponses que le développement des sciences et des techniques permettent aujourd'hui.

Un hôpital public modernisé - ce qui signifie les moyens de son fonctionnement et la pratique démocratique à tous ses échelons, notamment au niveau des services et des départements - c'est la mise en place autour du malade de pratiques collégiales et d'équipes ; c'est un hôpital et des services croisant leur mission avec d'autres dans une coopération choisie librement et respectant l'autonomie des établissements ; c'est un hôpital ouvert sur l'extérieur en complémentarité avec les autres structures de santé, associant le service public aux autres structures, notamment libérales, qui constituent un acquis de notre histoire ; c'est un hôpital lieu privilégié de formation et de recherche à tous ces niveaux pour lesquels les C.H.U. tiennent bien entendu une place prestigieuse.

Un hôpital public modernisé, c'est le développement, la mise à niveau et la modernisation des hôpitaux de proximité qui doivent apporter au plus près des réponses de sécurité dans un contexte humain et social dont ils sont le lieu de choix. C'est un personnel qui dispose d'un statut répondant à toutes les revendications qu'il exprime dans le domaine des postes, des salaires, des conditions de travail et de formation, toutes conditions nécessaires pour susciter de nouvelles vocations.

C'est le secteur des cliniques privées mis à l'abri des appétits de la haute finance.

Ce sont les prises en charge des soins à domicile, lorsque l'état de santé des gens ne nécessite pas l'hospitalisation, prises en charge qui ne soient pas un champ ouvert à la rentabilisation de ces mêmes capitaux avec, là aussi, la constitution d'équipes sanitaires et sociales quand cela est nécessaire.

Les moyens existent. Ils exigent dans le domaine de l'hospitalisation la mise en œuvre de la responsabilité de l'Etat, aujourd'hui quasiment abandonnée. Ils exigent aussi d'autres financements de la sécurité sociale.

Pour l'hôpital, nous proposons d'autres ressources qui lui font actuellement défaut, dérobées qu'elles sont par l'Etat et la spéculation. C'est le cas de la taxe que vous imposez sur les salaires : elle est de l'ordre de 10 milliards. C'est le cas de la T.V.A. que l'hôpital public doit acquitter sur ses investissements : son coût, 5 milliards. Quant aux intérêts des emprunts que l'hôpital public doit contracter auprès des banques et dont vous avez instauré la pratique en 1984, ils constituent une dîme de l'ordre de 5 milliards. Soit au total pour l'hôpital 20 milliards de francs.

Quant à la sécurité sociale, il faut dégager des financements là où ils existent. Parmi les principales mesures, nous proposons une cotisation de 13,6 p. 100 sur les revenus financiers et immobiliers. Cette seule mesure rapporterait 53 milliards. Par ailleurs, 100 000 emplois stables rapporteraient 6 milliards par an pour la protection sociale. Enfin, une augmentation de 1 p. 100 sur les salaires rapporterait 9 milliards, soit un total de 68 milliards d'argent frais qui pourrait se porter immédiatement sur la santé de notre peuple.

Voilà donc bien des orientations de gauche pour une politique de santé. Elles n'auront pas l'oreille de ceux qui, au Gouvernement, se prévalent de ce beau titre. Nous n'avons ici pas la moindre illusion, car c'est bien une politique de droite que mène le Gouvernement dans ce secteur, avec la collaboration d'un ministre de droite, politique que nous nous employons et nous nous emploierons à mettre en échec avec tous ceux, quelle que soit leur sensibilité, qui ont le droit à la santé au cœur.

Elles devraient avoir quelques échos, au sein même de cette assemblée, parmi ceux qui n'ont pas abandonné l'idéal de gauche.

Mais surtout, elles rencontrent les aspirations de ce peuple de gauche, riche d'humanisme dans ce pays et qui se voit désorienté et orphelin de ses aspirations. Au total, c'est lui qui compte, pour peu qu'il s'en saisisse dans la diversité des

situations où il se trouve placé, afin de faire de chacun de ces objectifs un tremplin de luttés et de larges rassemblements par-delà les frontières des différences.

Personnel et population trouvent et trouveront plus encore demain le chemin de l'efficacité de l'action commune.

C'est la conjonction de tous ces rassemblements-là qui permettra de battre vos projets de droite et leur application et d'ouvrir les perspectives de la mise en œuvre d'une autre politique dont le pays a si impérativement besoin.

Si nous n'avons pas voté la question préalable déposée par la droite, c'est que tout nous sépare de ses motivations qui ne sont pas en définitive - et les débats l'ont bien montré jusqu'à maintenant - si différentes des vôtres. Mais nous voterons contre la loi, et nous demanderons un scrutin public afin que chacun ici puisse prendre ses responsabilités. *(Applaudissements sur les bancs du groupe communiste.)*

M. le président. La parole est à M. Jacques Barrot.

M. Jacques Barrot. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, l'hôpital a certes besoin que l'on s'occupe de lui. Les problèmes auxquels il est confronté sont aigus et urgents.

Comment entend-on combler la vacance de plus de 20 000 postes dans nos hôpitaux généraux ? Comment entend-on moderniser avec un budget de l'Etat qui ne comporte que des dotations insignifiantes ? Comment faire accepter les adaptations nécessaires, alors que l'on demande aux gestionnaires de répercuter les frais afférents aux remboursements des emprunts dans un budget global qui reste le plus souvent aveugle, faute de comptabilité analytique ? Alors que les plus riches peuvent jouer des amortissements pour constituer un autofinancement important, les plus pauvres doivent le rester.

Voilà les questions que les hospitaliers doivent affronter quotidiennement.

Pardonnez-moi de me demander si, encore une fois, on ne cède pas au vieux réflexe français qui consiste à proposer un projet de loi chaque fois que l'on se trouve face à des problèmes difficiles à résoudre, à une vieille manie nationale qui veut que, sur des questions primordiales, intéressant l'éducation comme l'hôpital, on se contente de voguer de texte en texte, sans parvenir à susciter les évolutions indispensables.

M. Jean Royer. Très bien !

M. Jacques Barrot. Si vraiment il faut légiférer, puisque chaque gouvernement succédant au précédent veut le faire absolument, alors, monsieur le ministre, ne légiférez pas à moitié. Il ne faut pas s'en tenir à un ensemble de demi-mesures, de mesures de détail.

Au fond, deux questions se posent derrière le dossier de l'hôpital : oui ou non veut-on se rapprocher d'une logique d'entreprise, au sens le plus noble du terme ? Oui ou non, veut-on engager tous les acteurs dans un effort d'adaptation, de reconversion, accepté et mis en œuvre ensemble pour échapper à un médiocre déclin ?

Voyons comment vous traitez ces deux questions essentielles.

Premièrement, l'hôpital public va-t-il cesser d'apparaître comme une administration et devenir progressivement une véritable entreprise de soins ?

Je citerai ici Jean Choussat : « La fonction publique hospitalière est sans doute celle qui, davantage que la fonction publique d'Etat ou la fonction publique locale, se prête le mieux à une nouvelle approche. Entreprise de services mobilisant plus de cent métiers, confrontée à une concurrence de plus en plus vive, l'institution hospitalière est un admirable terrain d'expérimentation d'une fonction publique renouvelée. »

Vous avez choisi de faire de l'hôpital un établissement public administratif en acceptant comme une donnée intangible la référence exclusive à la fonction publique. Ne limitez-vous pas d'emblée les progrès pour une gestion beaucoup plus novatrice du personnel, avec une politique d'intéressement et de participation ?

Vous allégez les tutelles, mais encore beaucoup trop timidement par peur de transgresser les interdits du ministère des finances.

M. Bernard Debré. Tout à fait !

M. Jacques Barrot. Une fois le projet d'entreprise approuvé, pourquoi faut-il que les gestionnaires s'en tiennent encore à quatre grands groupes de dépenses, alors que le secret du management moderne est de pouvoir procéder aux virements entre dotations et de disposer progressivement de la fongibilité des crédits de personnels et des crédits de fonctionnement ? L'hôpital ne peut pas à la fois être la victime d'un budget global qui, affecté d'un taux directeur, reste le plus souvent un carcan faute de comptabilité analytique, et subir un examen des services de l'Etat.

Pourquoi, monsieur le ministre, faut-il que le préfet fasse autre chose que vérifier que le budget respecte bien le taux directeur ?

M. Bernard Debré. Tout à fait !

M. Jacques Barrot. Et que vient faire ce comptable public qui est censé exercer un contrôle de légalité dont nous savons qu'il deviendra très souvent un contrôle d'opportunité ? Là encore, il faudra que l'Etat, à commencer par cette grande forteresse du ministère des finances, veuille bien balayer devant sa porte...

M. Jean Royer. Très bien !

M. Jacques Barrot. ... et ne pas se contenter de répéter que l'Etat ne doit pas imposer des prélèvements obligatoires de plus en plus élevés sans se demander s'il a besoin de toute cette armada pour gérer les finances françaises.

Monsieur le ministre, prouvez-nous, au cours de ce débat, que vous ne vous êtes pas arrêté en chemin dans cette entreprise de libéralisation de l'hôpital !

L'hôpital-entreprise, c'est aussi une communauté où tous les partenaires se voient accorder des responsabilités plus effectives et plus claires. Le texte que vous nous présentez va-t-il vraiment clarifier les choses ? Est-il raisonnable de donner de la notion de département une définition à géométrie variable au lieu de s'en tenir à la notion de « département fédération de services », ou encore structure horizontale pour certains secteurs où cela est nécessaire ? Faute de cela, on court à la confusion.

Quel décalage, d'ailleurs, entre l'exposé des motifs et le texte lui-même...

M. Gilbert Millet. C'est Janus ! (Rires.)

M. Jacques Barrot. ... où l'on va, après avoir voulu décloisonner l'hôpital, l'émettre.

Laissez donc, monsieur le ministre, à la communauté hospitalière le soin d'évoluer par elle-même.

M. Bernard Debré, M. Jean-François Mattei et M. Jean Royer. Très bien !

M. Jacques Barrot. Stimulez-la par des incitations financières qui permettront la création d'un certain nombre de départements, souhaitables pour une meilleure coordination, mais n'allez pas à la recherche de structures idéales qui n'existent pas.

Et surtout, ne croyez-vous pas que les médecins hospitaliers ressentiront dans leur for intérieur que tout cela est un parement pour faire oublier que la vraie question est ailleurs, dans la grille des rémunérations, dans le déroulement des carrières, dans les problèmes de retraite, qui ne sont pas résolus ?

Bien sûr, ce texte introduit des éléments susceptibles d'apporter des améliorations. Espérons que la participation de la commission médicale d'établissement aux choix stratégiques deviendra réalité et que la commission technique d'établissement permettra d'introduire progressivement dans les esprits une logique d'entreprise.

Franchement, si l'on veut avancer et éviter de donner le sentiment que ceux qui pratiquent la vertu en perdront le bénéfice dans un océan d'irresponsabilité, il faut en venir à l'évaluation. Mais comment progresser ?

Avant tout, il ne faut pas se tromper de définition. Notre rapporteur a fait un gros travail, et je ne veux pas, ici, le critiquer, bien au contraire. Mais je me permettrai modestement de lui faire une remarque à propos d'un article certes intéressant - il y insistait sur la nécessité de l'évaluation - mais dont l'intitulé rapprochait ces deux verbes : évaluer, sanctionner ! Attention ! L'évaluation n'est pas un nouvel élément de sanction administrative. C'est autre chose ! C'est une incitation à une amélioration qualitative.

Je pense, monsieur Calmat, que ce titre a trahi votre pensée !

De cette amélioration découlera une rationalisation des coûts. Mais cette évaluation médicale est d'abord faite pour que l'acte médical soit de mieux en mieux adapté aux justes soins. Le reste vient par surcroît.

Une fois cette évaluation bien définie, de quel soutien informatique, de quelle comptabilité analytique entendez-vous doter les établissements et les autorités chargés de procéder à l'évaluation externe, sur laquelle je reviendrai ?

Faute de progresser dans ces méthodes d'évaluation, comment faire en sorte que la communauté soignante se passionne pour des tâches qu'elle n'est pas suffisamment amenée à comparer, à enrichir, à faire progresser ? Or le gisement de véritables économies se trouve beaucoup plus dans une pratique médicale de grande qualité que dans je ne sais quel encadrement administratif.

Le P.M.S.I. - programme de médicalisation du système d'information - engagé en 1983 pour définir les coûts piétine malgré les efforts du directeur des hôpitaux. La loi ne prend pas position, en retentant ainsi, me semble-t-il, l'avancement du P.M.S.I. Même si nous votons cette loi, quel intérêt matériel auront demain les hôpitaux à faire progresser cette évaluation dès lors qu'il n'y a pas d'enjeu financier ?

Cette évaluation me sert de transition pour évoquer la deuxième question fondamentale : comment se donner les moyens d'assurer l'adaptation, la reconversion que doit opérer le système hospitalier pour répondre aux besoins de demain ?

On avance des chiffres : 60 000 lits à transformer en maisons pour personnes âgées, un tiers d'établissements privés qu'il faudrait porter au seuil d'optimum de gestion. Je n'épilogue pas, mais la tâche est difficile. Il s'agit moins d'obtenir des économies immédiates que de parvenir à un optimum dans l'usage des moyens.

Pour tout cela, il faut « réguler », « globaliser ». Ce sont des maîtres-mots. Des mots à la mode ! Mais que recouvrent-ils ? Un surcroît de planification autoritaire et bureaucratique, conçue par une administration omnipotente, ou bien, à l'inverse, de fortes incitations contractuelles à s'adapter à l'évolution des pathologies et des thérapies, qui doit être mieux connue ?

Le professeur Steg a eu, me semble-t-il, des mots tout à fait pertinents en opposant, d'un côté, un autoritarisme directif et, d'un autre côté, une méthode de type transactionnelle fondée sur une concertation digne de ce nom.

Vous me direz : « Pourquoi êtes-vous pessimiste ? »

Trois questions se posent.

Pourquoi pas une commission d'évaluation médicale. M. Evin et vous-même reconnaissez que cette commission d'évaluation médicale est nécessaire. Pourquoi ne pas l'inscrire dans le texte ? Comment faut-il la composer ? Sans doute de médecins des D.D.A.S.S., mais aussi de médecins de l'assurance maladie. Sans doute également d'experts médicaux indépendants. C'est un premier point, important. Et il faut donner à ces commissions les moyens nécessaires, ce que, précisément, l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale ne semble pas tout à fait posséder.

Deuxième question : que feront ces comités d'organisation sanitaire et sociale ? Aurons-nous droit à des assemblées pléthoriques, où l'on n'est pas très sûr de la représentation équilibrée du privé et du public, où siégeront de nombreux fonctionnaires, où ne figureront que pour la forme des organismes de sécurité sociale ? Auquel cas le tour serait joué : on restituerait à l'administration un pouvoir discrétionnaire, du moins largement hégémonique.

Je vous le dis tout de suite : le renvoi de la loi au règlement, dès lors qu'il s'agit d'organiser des pouvoirs de régulation, n'est pas acceptable. Si notre assemblée a encore un rôle, c'est l'organisation des pouvoirs, quels qu'ils soient. Il n'est pas question que le règlement le fasse à notre place. Je vous en prévient : nous ferons de la composition de cette commission et des méthodes de mise au point des schémas régionaux l'un des points forts de nos demandes.

Troisième question : ne va-t-on pas encore augmenter la complication des slaloms administratifs avec ces fameuses autorisations d'exercice ? Je reconnais leur nécessité, mais leur champ d'application s'étend jusqu'aux activités médicales. Ces autorisations sont attribuées selon des critères pour le moins imprécis, et elles le sont pour une durée déterminée.

Attention à la psychologie mise en œuvre ! Qui dit durée déterminée, dit précarité, frein aux investissements, à la modernisation et insécurité pour les médecins. Je préfère, pour ma part, la révision périodique, qui a le mérite de stimuler les établissements. Mais c'est toute une psychologie. Est-ce que l'on travaille dans la confiance ? Ou bien, au contraire, est-ce que l'on travaille dans la suspicion ?

Ce volet planification, qui est probablement le cœur de la loi, mérite à coup sûr un perfectionnement si l'on veut éviter de retomber dans les erreurs de la planification bureaucratique et administrative.

En outre, est-ce que les usagers auront leur mot à dire dans cette anticipation de ce que doit être un système de soins ? Cette question mériterait, à elle seule, une intervention. Mon ami Jean-Pierre Foucher abordera ce point.

Est-ce qu'ils vont pouvoir dire, par exemple, qu'ils tiennent à un équilibre entre secteur privé et secteur public ? Est-ce que le secteur privé sera représenté équitablement dans les commissions régionales ? Est-ce que les autorisations données au secteur privé, et au secteur public d'ailleurs, tiendront compte des durées d'amortissement s'agissant de matériels lourds et coûteux ?

Vous vous êtes étonné, monsieur le ministre, de certains propos qui ont été tenus dans cette assemblée sur le secteur privé. Ils ne font que refléter toute une série de craintes quant au sort de ce secteur. Non pas que nous voulions le soustraire à une évaluation objective - il doit, lui aussi, s'y soumettre -, mais il ne faut pas qu'il ait le sentiment d'être la victime de je ne sais quelle rémanence de la guerre idéologique. Je ne m'attarde pas sur ce point, mais vous savez bien l'importance que nous y attachons.

Je termine, monsieur le ministre, en soulignant un élément que je crois très important. Bien sûr, il y a une bonne intention. Si, d'ailleurs, je m'en étais arrêté à la lecture de l'exposé des motifs, mon jugement serait beaucoup plus positif.

M. Jean-Luc Prél. C'est le cas pour tout le monde !

M. Jacques Barrot. Mais lorsque je considère les articles, je considère qu'il y a lieu de s'interroger. L'idée de schéma régional est bonne. Mais avons-nous, en face de ce schéma régional, la structure régionale puissante de concertation ? Je crains que non ! Cette puissante structure régionale de concertation doit réunir tous les partenaires : les responsables de la caisse régionale - ce sont, en effet, les payeurs régionaux de l'assurance-maladie -, les autorités décentralisées, c'est-à-dire la région, qui pourra éventuellement prêter son concours dans certains investissements, les départements, qui sont directement intéressés lorsqu'il y a transformation des lits actifs en lits de long séjour, puisque l'hébergement va peser sur leur budget par le biais de l'aide sociale.

Bref, il faut réunir tout le monde autour de la table de négociation. On touche là, d'ailleurs, un des grands problèmes du système français, où l'on ne sait pas clairement qui est responsable de quoi. Tant qu'on n'aura pas à peu près clarifié les rôles de l'Etat et des caisses d'assurance-maladie, on sera encore dans le flou, voire dans la dichotomie. Si l'on refuse d'entrer dans la logique d'entreprise et d'assurer les reconversions nécessaires en impliquant les soignants dans cette démarche, on risque d'échouer. Si l'on ne sort pas de certains discours beaucoup trop administratifs sur la maîtrise des dépenses au lieu d'évoquer sans cesse la nécessité de passer maintenant du quantitatif au qualitatif, au lieu de faire de la qualité du diagnostic et du traitement la source première du bon usage des moyens financiers, tous les textes seront vains.

Voilà pourquoi nous ne saurions accepter en l'état ce projet de loi. Voilà pourquoi nous attendons avec impatience des explications. Aussi, comme le dira Jean-Pierre Foucher, nous allons vous proposer des amendements significatifs pour que la démarche globale de l'Etat et de l'assurance-maladie soit un peu plus à la hauteur des ambitions proclamées et permette, en temps voulu, de réussir les mutations indispensables. *(Applaudissements sur les bancs des groupes de l'Union du centre, Union pour la démocratie française et du Rassemblement pour la République.)*

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. Monsieur le président, monsieur le ministre délégué, - j'avais écrit « messieurs les ministres », mais vous êtes tout seul ce soir, monsieur le ministre délégué, bien seul sans doute -, ...

M. le ministre délégué, chargé de la santé. Non ! Pas du tout !

M. Jean-Luc Prél. ... mes chers collègues, voici donc venu le moment de discuter cette loi hospitalière tant attendue, celle qui doit résoudre les problèmes majeurs auxquels nous sommes confrontés.

La santé est l'une des préoccupations essentielles des Français, qui sont très attachés à leur système de protection sociale et aussi au libre choix de leur médecin et de leur lieu d'hospitalisation.

Actuellement, il existe en effet, un certain équilibre entre la médecine de ville, l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée.

Cependant, nous sommes confrontés à deux défis majeurs : les dépenses de santé - 501 milliards de francs en 1989 - augmentent plus vite que le P.I.B. : plus 8 p. 100 par an. La maîtrise de ces dépenses est nécessaire. Mais s'il existe un consensus sur l'objectif, nous divergeons sur les moyens.

Deuxième défi majeur : le malaise hospitalier avec le « mal-être » des personnels et une certaine inadéquation des structures.

La loi hospitalière est donc très attendue, d'autant que M. Evin, depuis 1988, l'a présentée comme devant être la solution miracle à nos difficultés.

Après avoir été repoussée de semestre en semestre, elle vient devant nous dans un contexte médical particulièrement délicat et inquiétant.

Depuis plusieurs mois, de nombreuses mesures plus ou moins insidieuses conduisent progressivement à une modification profonde de notre système de santé, sans débat national, sans que les Français aient conscience du bouleversement en cours : non-respect de la convention ; principe de l'abonnement chez le médecin accepté par un seul syndicat ultra-minoritaire, entériné par le ministre, mais remis en cause par la caisse nationale d'assurance-maladie ; tiers payant présenté comme une mesure d'économie ; blocage des rémunérations des médecins, des infirmières, des kinésithérapeutes, des laboratoires, des pharmaciens ; remise en cause de la recherche de l'industrie pharmaceutique en France. Et cette énumération n'est, hélas ! pas exhaustive.

Nous voyons poindre ainsi une médecine salariée encadrée, avec, à l'horizon, un système à l'anglaise. Les Français ont donc le droit d'être inquiets !

C'est dans ce contexte que vous nous proposez une loi hospitalière dont l'un des buts majeurs avoués est la maîtrise des dépenses de santé en limitant l'offre.

Que, dans le cadre d'une maîtrise des dépenses de santé, vous vous intéressiez aux dépenses hospitalières, rien d'anormal puisque celles-ci comptent pour 47 p. 100 des dépenses. Mais que vous vous y attaquiez en limitant l'offre sans étude de la demande, sans posséder les moyens d'évaluation de la qualité, sans connaître les souhaits et les besoins de la population, ne peut qu'aboutir au désenchantement, à l'échec, à une hospitalisation à l'anglaise, avec ses listes d'attente, une médecine à deux vitesses, l'exode à l'étranger. Les Anglais qui le peuvent se font opérer ailleurs - parfois, et pour quelque temps encore, en France.

Nous examinerons, si vous le voulez bien : les difficultés actuelles de l'hôpital, les buts proclamés de la loi hospitalière, la méthode utilisée pour y parvenir, la loi présentée, les propositions que nous devrions faire pour résoudre les réelles difficultés.

Si l'on s'en tenait au seul exposé des motifs de votre projet, celui-ci apparaîtrait comme plutôt satisfaisant. En réalité, en procédant à une lecture attentive de votre texte, nous constatons que votre analyse des difficultés est insuffisante, partielle et superficielle, que la méthode choisie pour la préparation de la loi était démagogique et n'a abouti, pour ne vouloir faire de peine à personne, qu'à mécontenter tout le monde, que les propositions principales sont dangereuses pour l'hôpital public, pour l'hospitalisation privée, et donc pour tous les Français, que des points essentiels ont été escamotés, que la mise en œuvre par le D.M.O.S. et par la nécessité de nombreux décrets est dangereuse et inquiétante.

Quelles sont les difficultés de l'hôpital ?

Les ordonnances de 1958, sous l'impulsion du professeur Debré, ont sauvé l'hôpital en imposant la présence de médecins à temps plein de qualité, en créant des C.H.U. et en ouvrant l'hôpital à tous sans distinction.

La loi de décembre 1970, sous le ministère de Robert Boulin, a défini et organisé l'hôpital, pivot du système sanitaire.

Les hôpitaux ont actuellement bonne presse auprès des Français : 75 p. 100 n'en ont pas peur, 88 p. 100 disent que l'hôpital représente la compétence.

Et pourtant, l'hôpital est en crise, en crise grave, comme en témoigne le malaise du personnel.

Tout d'abord, le personnel médical. 2 280 postes sont vacants, dit-on. Un certain nombre de postes sont occupés par des étrangers, malgré la démographie médicale française plutôt favorable.

Ayant reçu les représentants des internes et les chefs de clinique, j'ai été frappé qu'ils critiquent plus dans votre loi les attaques portées contre l'hospitalisation privée que vos propositions hospitalières, comme s'ils imaginaient leur avenir davantage dans le privé que dans le public, ce qui en dit long sur la désertion du public.

Souvenez-vous de l'explosion de 1983. Y apportez-vous une réponse ? Il ne semble pas.

Or, les postes vacants entraînent un surcroît de travail dans de mauvaises conditions et donc organisent un véritable cercle vicieux.

Deuxièmement, le personnel paramédical. De nombreux postes d'infirmières ou de paramédicaux ne trouvent plus de candidats. Cela est surtout vrai pour l'instant dans les régions frontalières et à Paris. Mais ce signe est également inquiétant. Le mécontentement manifesté en 1988 demeure et risque de s'aggraver.

Les causes de ce mal sont à rechercher bien sûr dans les profils de carrière, les rémunérations insuffisantes en regard des contraintes et des responsabilités, mais trouvent leurs vraies racines dans l'inadaptation du budget global, qui ne prend pas en compte l'activité réelle des hôpitaux, servant de parachute aux hôpitaux dont l'activité décline, jouant comme un nœud coulissant pour les hôpitaux dont l'activité progresse, véritable photo jaunissante de 1983.

Critiqué par tous, vous ne le modifiez guère et le confortez. Pourtant, il ne permet pas l'investissement, le renouvellement du matériel, l'adaptation technologique. Or, dans le même temps, les subventions du ministère diminuent chaque année. 570 millions de francs en 1991, subventions négatives puisque les hôpitaux versent à l'Etat la T.V.A., la taxe sur les salaires, ô combien plus élevées.

Nous notons encore comme responsables des difficultés actuelles la tutelle pesante, omniprésente, l'absence d'autonomie et de responsabilité réelle du conseil d'administration et du directeur, le cloisonnement interne, les lits d'aigus trop nombreux et mal répartis sur le territoire, la médecine hospitalière et la médecine de ville s'ignorant trop souvent.

La séparation du sanitaire et du social avec la non-prise en compte de la dépendance : tout le monde s'accorde à regretter cette séparation. La personne âgée dépendante ne choisissant pas son lieu d'hébergement garde à sa charge un coût fort différent selon celui-ci, qui ne dépend pas de son état mais des places disponibles. Vous deviez revenir, à l'origine, sur cette séparation fort préjudiciable. Il n'en est rien, au contraire. Pourquoi y avez-vous renoncé ?

La méthode choisie pour la préparation de la loi a été à la fois démagogique et irresponsable, pour tout dire typiquement rocardienne.

M. Alain Calmat, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Quelle caricature ! Cela dépasse tout !

M. Jean-Luc Préal. Vous avez organisé de nombreux colloques, de nombreuses auditions, avec des assistances pléthoriques, des grand-messes. Mais personne n'a été entendu !

M. Jean-Pierre Sueur. Vos propos sont lamentables !

M. Jean-Luc Préal. Vous avez publié de nombreux documents. Votre objectif était de ne faire de peine à personne. Le résultat est que la loi mécontente tout le monde. Vous n'avez tenu aucun compte des propositions qui vous étaient faites...

M. Alain Calmat, rapporteur. Par vous ? Sûrement pas !

M. Jean-Luc Préal. ... lorsqu'elles n'étaient pas en conformité avec vos idées préconçues.

Il s'agit donc, comme toujours, d'une fausse concertation, que nous dénonçons avec force. (*Protestations sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. Alain Calmat, rapporteur. Vos allégations sont médiocres.

M. Jean-Luc Préal. Même les suggestions du Conseil économique et social n'ont pas été prises en compte. Par une curieuse hypocrisie, vous laissez entendre que le C.E.S. a voté votre loi alors qu'il a voté un rapport fort critique du professeur Steg, que nous avons d'ailleurs entendu avec un grand intérêt mercredi.

Ses suggestions n'ont pas été prises en compte. Plus grave : les mesures les plus critiquées ont été subrepticement extraites du projet de loi et proposées au dernier moment...

M. Alain Calmat, rapporteur. Vous n'avez fait aucune proposition constructive !

M. Jean-Luc Préal. ... sans aucune concertation lors d'un mémorable D.M.O.S. que vous avez imposé par l'intermédiaire de l'article 49-3.

Bonjour la concertation, l'écoute et la démocratie !

Pour en rester à la méthode, nous ressentons pour l'avenir, s'agissant de l'application de la future loi, deux inquiétudes.

D'abord, des expériences sont en cours sur le terrain. Or celles-ci confortent notre inquiétude car elles témoignent d'un renforcement de la tutelle qui désigne les experts sans concertation, écarte les directeurs, les administrateurs, les personnes compétentes. Ces expériences augurent mal de l'application de la loi.

Ensuite, de nombreux décrets sont prévus, cinquante peut-être, pour habiller cette coquille vide. On sait que les décrets sont souvent longs à sortir, rendant ainsi de nombreuses lois inapplicables. On sait aussi qu'ils peuvent parfois changer le sens de la loi en ne respectant pas le souhait du législateur. Vous nous aviez promis de nous présenter les propositions de décret en même temps que le projet de loi. Nous venons de recevoir quelques notes du ministère, bien incomplètes et peu nombreuses. Elles n'en sont pas moins inquiétantes, comme celle qui concerne la nomination des chefs de service.

Venons-en au contenu même de la loi.

Si l'exposé des motifs est intéressant, la loi est décevante car elle ne répond pas à l'attente, ce qui n'est pas étonnant. En effet, le diagnostic ayant été insuffisant, le traitement proposé est mal adapté et ne guérira pas le malade. Espérons qu'il ne le fasse pas passer de vie à trépas !

M. Jean-Pierre Sueur. Oh ! la la ! Quelle rhétorique ! c'est nul !

M. Alain Calmat, rapporteur. Quel cliché ! Médiocrité totale !

M. Bernard Bioulac. Quel poncif !

M. Jean-Luc Préal. Premier étonnement, et de taille : le malade est ignoré, passé sous silence. Cela s'explique puisque, si l'on veut rationner l'offre, mieux vaut ne pas trop se préoccuper du patient. A notre avis, le malade doit au contraire être au centre du projet hospitalier, et il convient de le rappeler. Je proposerai avec mon groupe plusieurs amendements allant en ce sens.

Deuxième étonnement majeur : l'hôpital public souffre, chacun en convient. Mais l'hospitalisation privée est plutôt dynamique et fait preuve de capacité d'adaptation. Elle traite correctement, et pour un coût souvent moindre, 50 p. 100 de la cancérologie, de la chirurgie, de l'obstétrique.

Plutôt que de prendre exemple sur son fonctionnement, son dynamisme, pour rétablir un certain équilibre, vous voulez lui inoculer le virus hospitalier. Ainsi, plus aucune tête ne dépassera. Il est plus facile de taper sur le bon élève que de rehausser le niveau de l'ensemble. (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.*)

Vous espérez sans doute faire de deux hémiplegiques un sémillant valide. Prenez garde de vous retrouver demain avec deux moribonds !

Je ne résiste pas au plaisir de vous citer quelques phrases d'un futur ministre, prononcées le 17 octobre 1987. Mais à l'époque, celui-ci était libéral, il prônait l'exemple et ne savait pas encore qu'il deviendrait ministre du rationnement.

M. Alain Calmat, rapporteur. Monsieur Préal, je vous en prie. Vous touchez le fond !

M. Jean-Luc Prél. Ce futur ministre s'exprimait ainsi : « Le pluralisme et la complémentarité dans le système de production de soins constituent le système le plus efficace. L'évolution des besoins, le vieillissement de la population, le progrès technique, l'exigence de qualité, conduisent à rejeter tous les systèmes de normes imposées à l'évolution des dépenses de santé. Au nom de quoi le ferait-on ? »

Intéressant, n'est-ce pas ?

Et encore : « Nous n'avons pas à organiser ou à planifier *a priori* le rôle de chacun des acteurs. » Je m'arrêterai là pour l'instant !

« Pas de normes imposées, pas de planification », aviez-vous dit, monsieur le ministre. Quel chemin parcouru depuis lors !

M. le ministre délégué, chargé de la santé. Monsieur Prél, m'autorisez-vous à vous interrompre ?

M. Jean-Luc Prél. Je vous en prie.

M. le président. La parole est à M. le ministre délégué, avec l'autorisation de l'orateur.

M. le ministre délégué, chargé de la santé. Je ne serai pas long, monsieur Prél.

Le « ministre du rationnement » ? Rationner, est-ce stabiliser, diminuer ?

Le « ministre du rationnement » propose simplement qu'on passe de 10 p. 100 d'accroissement annuel des dépenses de santé à un niveau plus raisonnable, compatible avec les ressources du pays.

Parler de rationnement est profondément inexact. Il ne s'agit pas pour nous de stabiliser ou de diminuer les dépenses. Cela, jamais personne ne l'a proposé. Il s'agit de laisser progresser les dépenses à un rythme raisonnable, justifié médicalement et compatible avec les ressources.

Si, monsieur Prél, un accroissement de 6 ou de 7 p. 100 des dépenses de santé équivaut pour vous à un rationnement, je puis vous assurer que nous vivrons heureux dans ce rationnement-là.

M. Jean-Luc Prél. Monsieur le ministre, le taux directeur de cette année n'est-il pas de 2,1 p. 100 ?

M. Bernard Debré. Bien répondu !

M. Jean-Luc Prél. Après avoir proclamé que le budget global, la tutelle excessive, l'irresponsabilité des conseils d'administration et des directeurs étaient grandement responsables des difficultés actuelles, en ignorant peut-être que la gestion hospitalière se fait actuellement en temps différé et non en temps réel - véritable culture administrative de la réponse différée -, que l'hôpital est pénalisé par un système de financement inadapté, que pèsent sur lui des charges financières indues, que le statut juridique et les rémunérations sont inadaptés, que le statut social est ambigu, vous avez découvert la solution miracle : limiter l'offre par une planification renforcée et rigide.

C'est à l'époque où il est prouvé que la planification a partout échoué que vous en faites un dogme médical. Il serait miraculeux qu'elle prouve son efficacité en médecine. Elle aboutit, et les exemples abondent, à la gabegie, à l'accroissement des coûts, à l'irresponsabilité.

Certes, il faut rationaliser les équipements, mais les rationner par la planification est une aberration. Et pour rationaliser, il faut posséder l'évaluation, les moyens techniques et humains qui vous font présentement défaut.

Vous nous proposez donc une planification rigide, renforcée, s'appuyant sur une carte sanitaire maintenue malgré les critiques multiples dont elle a fait l'objet. Elle ne régira plus seulement les équipements, mais également les activités de soins, dont les alternatives à l'hospitalisation. Vous la détournez de son objectif initial, c'est-à-dire la couverture des besoins vers un rationnement de l'offre. Vous passez, ce faisant, complètement sous silence les dysfonctionnements et les effets pervers qu'elle entraîne.

Cette planification s'appuiera aussi sur un schéma régional d'organisation sanitaire, qui fixera les localisations des équipements publics et privés. Il s'agit d'un véritable mammoth, peut-être même d'un dinosaure, dont on mesure l'inaptitude à l'adaptation pourtant nécessaire.

M. Bernard Debré. Monsieur Prél, puis-je vous interrompre ?

M. Jean-Luc Prél. Je suis décidément très interrompu, mais c'est avec plaisir que je cède la parole à M. Bernard Debré.

M. le président. La parole est à M. Bernard Debré, avec l'autorisation de l'orateur.

M. Bernard Debré. Je remercie M. Prél d'avoir insisté sur ce point. Lorsque j'avais défendu la motion d'irrecevabilité, M. le ministre Evin avait dit que la petite chirurgie ambulatoire ne pouvait pas être prise en compte dans cette rationalisation, ou dans ce rationnement.

M. Alain Calmat, rapporteur. La chirurgie ambulatoire n'est pas de la « petite chirurgie » !

M. Bernard Debré. Ainsi que M. Prél vient de le rappeler, l'article 712-2 du code de la santé publique précise bien que les alternatives à l'hospitalisation sont incluses dans la carte sanitaire, y compris donc la petite chirurgie ambulatoire.

M. Alain Calmat, rapporteur. Cela n'a rien à voir ! La « petite chirurgie », ce n'est pas la chirurgie ambulatoire ! Vous le savez, cher confrère !

M. Bernard Bioulac. La chirurgie endoscopique n'est pas de la « petite chirurgie » !

M. le président. Mes chers collègues, pourquoi anticiper sur le débat de la sorte ?

M. Bernard Bioulac. Il ne veut rien comprendre !

M. le président. La discussion générale est faite pour permettre à chacun d'exposer son point de vue. Mais, si vous interrompez l'orateur chaque fois qu'il ne parle pas comme vous l'entendez...

M. Bernard Debré. Au contraire : il parle comme on l'entend ! (Sourires.)

M. le président. ... et si, peut-être par une sorte de complaisance, l'orateur consent à se laisser interrompre, quinze jours ne suffiront pas pour venir à bout de ce texte !

M. Gilbert Milliet. Vous êtes un bon président, monsieur Hage !

M. Jean-Luc Prél. Puis-je poursuivre, monsieur le président !

M. Bernard Debré. M. Prél a-t-il fait preuve de complaisance en se laissant interrompre par le ministre ?

M. le président. Veuillez poursuivre, monsieur Prél.

M. Jean-Luc Prél. Vous nous proposez donc, disais-je, une planification rigide, renforcée, s'appuyant sur une carte sanitaire maintenue, et un schéma d'organisation sanitaire qui fixera les localisations des équipements publics et privés.

Mais, comme cela ne suffit pas, vous raffinez encore en prévoyant une annexe au schéma, complétant cette construction technocratique et bureaucratique.

Comment seront désignés les membres des commissions, les experts ? Représenteront-ils la diversité réelle du terrain et des situations ?

Prévoyez-vous un système de concertation, de médiation, de recours ?

Lorsque l'on a connaissance des expériences en cours, on ne peut être que très inquiet du résultat de votre montage sophistiqué.

La planification a partout échoué. Une hypothétique réussite exigerait pour le moins de posséder des instruments d'évaluation qui font cruellement défaut, des moyens humains nombreux et compétents dans les D.A.S.S. et les D.R.A.S.S., des moyens informatiques en nombre, des données épidémiologiques fines. Enfin, cette réussite exigerait que l'on ait la possibilité de mener des études des besoins et des flux de la population.

Votre démarche technocratique ne peut, en l'absence de ces moyens, qu'aboutir à un échec avec un gaspillage financier et humain désastreux.

Dans le même temps, vous multipliez à l'intérieur de l'hôpital les strates d'organisation médicale. La superposition d'unités fonctionnelles, de services, de départements et de fédérations, va introduire l'incohérence et la balkanisation.

M. Bernard Debré. Evidemment !

M. Alain Calmat, rapporteur. Mais c'est vous qui voulez la balkanisation, en donnant la gestion aux unités fonctionnelles !

M. Jean-Luc Prétel. Et comme, dans le même temps, vous multipliez les structures consultatives avec, à chaque échelon, obligation de rédiger des rapports, vous aboutissez, en multipliant les conseils gigognes, véritables poupées russes, à la dilution des responsabilités.

Il est permis de se demander quand les médecins, déjà trop peu nombreux, déjà débordés, trouveront le temps nécessaire à ces réunions multiples et à la rédaction de ces rapports. Auront-ils encore le temps de soigner les malades ou deviendront-ils des gratte-papiers pour satisfaire l'ogre administratif que vous engendrez ?

Pour le conseil d'administration et le directeur, on souhaitait, on imaginait plus d'autonomie et plus de pouvoir.

En réalité, la tutelle, si elle est supprimée pour les marchés, est renforcée dans tous les domaines de la gestion. C'est le représentant de l'Etat qui tranche pour toutes les décisions importantes.

L'autonomie et la responsabilité sont toujours aussi illusoires.

Cependant, pour témoigner aux directeurs de toute la considération que vous leur portez, vous les rendez inéligibles ! Pourquoi seraient-ils plus suspects qu'un proviseur ?

M. Alain Calmat, rapporteur. Ils ne sont pas inéligibles !

M. Jean-Luc Prétel. Enfin, vous maintenez le budget global, l'encadrement financier strict ! Comme vous diminuez régulièrement les subventions d'équipement, vous arriverez dans un délai proche à l'asphyxie financière totale. Le nœud coulant mis en place en 1984 aura ainsi achevé son œuvre aveugle.

(A ce moment, M. Jean-François Mattei brandit un règlement.)

M. le président. Je vois M. Mattei brandir un règlement.

M. Guy Béche. Il ferait mieux de commencer par le lire !

M. le président. Je suppose que M. Mattei sollicite la parole pour un rappel au règlement, mais je ne peux y faire droit avant que vous n'ayez achevé votre propos, monsieur Prétel.

M. Bernard Debré. M. Mattei pourrait interrompre M. Prétel avec son accord.

M. le président. Monsieur Debré, j'ai évoqué tout à l'heure une attitude de complaisance, car, au cours du débat sur la Corse, lequel a duré quarante-cinq heures, il s'est déroulé plusieurs petites scènes de ce genre entre des députés qui parlaient ici et d'autres qui siégeaient là. C'était pour vous prévenir. (Sourires.)

M. Bernard Debré. Le rappel au règlement est de droit !

M. le président. Il est de droit, mais il sera fait au moment où je l'accorderai, et je l'accorderai.

M. Bernard Debré. Je reconnais là votre mansuétude, monsieur le président.

M. le président. Poursuivez, monsieur Prétel !

M. Jean-Luc Prétel. Monsieur le président, je fais des efforts pour respecter mon temps de parole de vingt minutes, mais je suis malheureusement débordé par les interruptions. J'espère tout de même pouvoir poursuivre mon propos.

Mme Muguetta Jacquaint. Ce sont vos collègues qui vous interrompent !

M. le président. Réellement, vous n'avez pas l'air d'en souffrir trop, monsieur Prétel. (Sourires.)

M. Jean-Luc Prétel. Monsieur le ministre, vous n'apportez aucune réponse aux demandes du personnel médical et paramédical. Pourtant, le dévouement semble avoir bien souvent atteint les limites du supportable. Le personnel demande compréhension, reconnaissance et juste rémunération pour les tâches accomplies.

Vous évoquez les alternatives à l'hospitalisation mais vous n'apportez aucune précision, laissant là encore au décret le soin de nous ouvrir les indispensables perspectives. Comprenez notre doute et notre inquiétude !

Vous ne faites aucune proposition pour revenir sur la séparation du sanitaire et du social.

Nous craignons donc que vous n'apportiez pas de remède à la langueur de l'hôpital. Mais, comme nous avons actuellement un secteur privé dynamique, vous choisissez, sous prétexte de rétablir l'équilibre, de lui inoculer le virus dont souffre le secteur public. Ce virus comporte un génome assez complexe : budget global, planification, encadrement, tutelle.

La maladie, nous le savons, est fatale à plus ou moins long terme. Mais, comme vous êtes impatient, vous l'accélérez en injectant un covirus et en proposant les autorisations à durée déterminée. Ainsi, le résultat est, hélas ! programmé.

Plutôt que de jouer sur la liberté et sur l'émulation pour tirer l'ensemble vers plus de compétences, plus d'adaptation, plus de responsabilité, vous comptez sur la planification et l'encadrement pour geler l'ensemble de notre système hospitalier.

Cette réforme est finalement dangereuse pour l'avenir, ne résolvant aucun problème, introduisant une planification rigide, diluant les responsabilités et le pouvoir de décision, brimant le secteur privé.

M. Bernard Debré. Exact !

M. Jean-Luc Prétel. C'est un projet démobilisateur d'énergies, assorti d'une centralisation étatique et technocratique.

Cinquante décrets dont nous ignorons actuellement la teneur mettront cette centralisation en musique.

Aucune des propositions n'est de nature à mettre fin à la crise actuelle qui frappe l'hôpital public.

Pour terminer...

M. Bernard Blouac. Voilà une bonne nouvelle !

M. Jean-Luc Prétel. ... voyons ce que l'on aurait pu proposer.

On aurait pu choisir une approche toute différente. Après avoir rappelé que l'hôpital doit être centré sur le malade pour répondre à ses besoins, nous proposons de faire appel à la liberté et à la responsabilité des divers acteurs.

Avec Charles Millon, nous venons de déposer une proposition de loi tendant à régionaliser l'hospitalisation et à donner la responsabilité aux élus de la région. Connaissant le terrain, ils sauront, comme pour l'enseignement, prévoir et organiser un véritable réseau de soins répondant aux souhaits de la population, et négocier avec l'Etat et les caisses des contrats d'investissements sur cinq ans.

M. Bernard Blouac. Cela doit plaire au R.P.R. !

M. Jean-Luc Prétel. En donnant une réelle responsabilité et une autonomie au conseil d'administration et au directeur nommé par ce conseil - l'hôpital a besoin d'un réel patron responsable -, il sera possible de prévoir de véritables contrats d'objectifs et d'éviter les investissements dits électoraux, en engageant la responsabilité de la région et du conseil dans l'investissement et le fonctionnement des équipements.

M. Bernard Debré. Très bien !

M. Jean-Luc Prétel. Pour obtenir un fonctionnement dynamique, il convient de donner aux professionnels autonomie et responsabilité, de les intéresser financièrement aux résultats de l'évaluation.

Il convient de donner aux hôpitaux un statut innovant. L'U.G.A.P., les Télécom, les ports ont changé de statut. Vous proposez l'E.P.S. - l'établissement P.S. (Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.) L'hôpital change d'appellation juridique, mais il conserve son statut.

Innovons et donnons aux hôpitaux le statut d'E.P.I.C. - établissement public industriel et commercial.

L'hôpital de demain sera essentiellement un plateau technique - urgences, chirurgie, réanimation, soins intensifs de cardiologie, de gastrologie, matériel d'exploration - ouvert à tous les médecins par convention, entouré d'établissements d'hébergement plus ou moins médicalisés dans lesquels le malade, personne majeure, sera libre de ses mouvements en bénéficiant d'un véritable droit « hôtelier ».

Pour maîtriser les dépenses de santé, nous comptons sur l'émulation et l'évaluation. Mais il paraît essentiel de revoir la formation des médecins. Actuellement, la sélection se fait essentiellement sur les matières scientifiques,...

M. Bernard Bioulac. Ce n'est même pas vrai !

M. Jean-Luc Prél. ... certes nécessaires, mais les capacités d'analyse et de synthèse sont indispensables pour arriver à un diagnostic correct et, surtout, la psychologie, tout à fait négligée, ainsi que la capacité d'écoute sont essentielles pour soulager au moindre coût nombre de malades.

La prise en compte de la dépendance des personnes âgées ne peut être passée sous silence dans une loi de cette importance. Il est indispensable de revenir sur la coupure du sanitaire et du social, sur la prise en charge en fonction du lieu d'hébergement. La prise en charge doit se faire non sur la base d'un forfait, mais selon l'état de dépendance réelle de chaque personne.

Nos propositions sont donc bien différentes des vôtres.

Après un diagnostic insuffisant, vous ne pouviez aboutir qu'à un traitement inadéquat. Vous êtes partis d'un double postulat : limiter l'offre de soins et taper sur le privé. Votre méthode est la planification renforcée, alors que vous ne disposez pas des instruments nécessaires.

Cette loi, en l'état, n'est pas satisfaisante. Elle a, malheureusement, toutes chances d'aboutir à une gabegie financière et humaine. La désespérance va s'aggraver. Peut-être conduirez-vous l'ensemble de la médecine française à un système national de santé à l'anglaise.

Vous aviez eu l'ambition de proposer une grande loi hospitalière pour le début du troisième millénaire. Nous avons entendu M. Evin le proclamer à plusieurs reprises. Nous espérons que la loi que nous examinons ne sera pas votée en l'état et nous vous proposons d'ores et déjà de réfléchir et de préparer dès maintenant la prochaine loi hospitalière, qui s'appuiera sur la liberté, la responsabilité, l'émulation et une réelle régionalisation au service des malades. *(Applaudissements sur les bancs des groupes Union pour la démocratie française et du Rassemblement pour la République.)*

M. le président. Mes chers collègues, j'ai toujours quelque hésitation à interrompre le premier orateur de chaque groupe. Cependant, il me semble que celui-ci ne devrait pas être hanté par le souci de tout dire. Je dis cela pour tous les orateurs qui parleront par la suite. *(Assentiment sur divers bancs.)*

M. Prél ayant terminé son propos, je puis faire droit à la demande de M. Mattei.

Rappels au règlement

M. le président. La parole est à M. Jean-François Mattei, pour un rappel au règlement.

M. Jean-François Mattei. Mon rappel au règlement sera très bref. Il est fondé sur le premier alinéa de l'article 56, lequel dispose que « les ministres, les présidents et les rapporteurs des commissions saisies au fond obtiennent la parole quand ils la demandent ».

Il m'est apparu qu'à différentes reprises le rapporteur de la commission saisie au fond avait pris la parole sans l'avoir demandée. Je souhaiterais qu'il règne un peu plus de calme et de sérénité dans la suite du débat, chacun pouvant s'exprimer et le rapporteur sachant qu'en définitive il prendra la parole le dernier. *(Applaudissements sur les bancs des groupes Union pour la démocratie française et du Rassemblement pour la République.)*

M. Guy Bêche. Au moins un rapporteur vivant ! Pas un rapporteur fantôme ! *(Sourires.)*

M. le président. La parole est à M. Bernard Debré, pour un rappel au règlement.

M. Bernard Debré. Mon rappel au règlement se fonde sur l'article 58, alinéa 6 : « Toute attaque personnelle, toute interpellation de député à député, toute manifestation ou interruption troublant l'ordre sont interdites. »

J'aimerais plus de calme dorénavant, monsieur le président. *(Rires.)*

M. Jean-Claude Boulard. Nous aurons l'occasion de vous rappeler un jour cet article !

M. le président. Le président aura le bon goût de recevoir gentiment ces reproches indirects à sa présidence. *(Sourires.)*

M. Bernard Debré. Ils ne s'adressaient certainement pas à vous, monsieur le président !

M. le président. Pour ma part, je n'ai rien trouvé d'excessif dans les propos des orateurs.

Imaginez que tout le monde se tût ! Ce serait mortel ici ! Croyez-moi, qui siège souvent sur ce fauteuil !

M. Bernard Debré. Si tout le monde se tue, monsieur le président, l'hôpital ne servira plus à rien ! L'hôpital n'est pas fait pour qu'on se tue ! *(Sourires.)*

Reprise de la discussion

M. le président. La parole est à Mme Elisabeth Hubert.

Mme Elisabeth Hubert. Monsieur le ministre, depuis l'accession aux responsabilités,...

M. le président. M'oubliez-vous, madame ? *(Rires.)*

Mme Elisabeth Hubert. Excusez-moi, monsieur le président, et je vous prie de décompter de mon temps de parole quelques secondes ! *(Sourires.)*

M. le président. Tout à fait !

Mme Elisabeth Hubert. Monsieur le président, monsieur le ministre, monsieur le rapporteur, mes chers collègues, depuis l'accession de M. Claude Evin aux responsabilités de ministre des affaires sociales, de la solidarité et de la santé, nous avons entendu régulièrement développer dans cet hémicycle l'idée selon laquelle la réforme de l'hôpital serait « le grand chantier » du ministère et de son titulaire.

Il est vrai, qu'a été engagé un processus intéressant de consultation des acteurs du système hospitalier public, en confiant à plusieurs experts une mission d'écoute dont le rapport constitue la base de ce projet de réforme. Dans ces conditions, il était légitime de penser que le texte qui viendrait en discussion devant notre assemblée serait un projet porteur des ambitions du Gouvernement, et plus largement, de celles de tous les personnels hospitaliers et qu'ainsi s'édifierait l'hôpital du XXI^e siècle.

L'ampleur de la tâche aurait-elle malheureusement suscité chez vous, monsieur le ministre, un réflexe de frilosité ? Aujourd'hui, le texte que vous nous présentez ne comporte pas les éléments de la grande réforme du fonctionnement de l'hôpital que justifierait, entre autres, la désaffectation et le mécontentement de celles et de ceux qui, tous les jours, permettent que des vies soient sauvées et que nombre de nos concitoyens vivent mieux.

La maîtrise des dépenses de santé est devenue désormais obsessionnelle : elle occulte tout effort d'imagination et interdit d'investir dans la santé. Je n'en veux qu'un exemple, celui des alternatives à l'hospitalisation.

La psychiatrie a ouvert cette voie dans les années trente avec la création d'hôpitaux de jour. En 1956, s'inspirant d'un exemple américain, l'assistance publique et la Ligue contre le cancer mettent en œuvre une hospitalisation à domicile qui choisit résolument de s'appuyer sur la médecine libérale pour assurer la continuité des traitements des malades. Peu à peu, en particulier, d'autres centres anticancéreux demandent à bénéficier de ce système.

En 1961 est signée la première convention liant les organismes de soins à domicile et une caisse régionale d'assurance maladie. Au fil des années, de plus en plus de professionnels de santé, conscients de l'importance de l'environnement familial dans la guérison des malades, soucieux de prodiguer leurs actes avec rigueur et compétence, attentifs à la qualité des relations humaines tout autant qu'à la performance technologique, ont souhaité soigner, hors des structures hospitalières classiques, des malades que leur état condamnait à être ou à rester hospitalisés des jours, voire des semaines.

Les « alternatives à l'hospitalisation » étaient nées. Dialyse à domicile, oxygénothérapie à domicile pour les insuffisants respiratoires, hôpitaux de jour, en particulier en psychiatrie mais maintenant aussi en chimiothérapie, hôpital à domicile, maintien à domicile : autant de structures qui fonctionnent depuis maintenant dix, vingt, trente ans.

Depuis les dernières années, se développe la chirurgie ambulatoire, et déjà se profile le concept de l'« hôtel à l'hôpital ».

En 1991, les alternatives répondent à un double choix social et médical.

Choix social tout d'abord. Toutes les réformes de l'hôpital, toutes les tentatives d'humanisation des hôpitaux se heurteront toujours à une réalité : l'entrée à l'hôpital ou dans tout autre établissement hospitalier est vécue par les malades comme une rupture avec l'environnement habituel, comme une entrée dans un monde partagé en deux catégories, ceux qui à un titre ou à un autre possèdent la science médicale et ceux qui n'ont pas entre les mains les clés du savoir, et cela quelles que soient les qualités des personnels soignants. Raccourcir ou éviter un séjour en établissement hospitalier répond donc bien à un souhait réel des patients et de leur entourage.

Choix médical ensuite. Une meilleure connaissance des pathologies, l'apparition et la miniaturisation de nombreuses technologies, la fiabilité des traitements permettent aux médecins et aux auxiliaires médicaux d'aller au-delà de leur pratique habituelle, de s'organiser en associations structurées et d'assurer ainsi avec le maximum d'efficacité et en toute sécurité un suivi médical performant.

A l'évidence, les alternatives à l'hospitalisation représentent un volet important des choix à effectuer en matière de politique de santé. Et pourtant, bien que le stade expérimental soit depuis longtemps dépassé, le qualificatif d'expérience est toujours employé comme cache-misère d'un vide juridique connu, dénoncé et persistant !

Véritable parcours du combattant, la mise en œuvre d'alternatives à l'hospitalisation amène leurs promoteurs à déployer toutes leurs facultés de persuasion, à jongler avec les autorisations des autorités sanitaires, à négocier âprement des conventions avec les caisses d'assurance-maladie et à tenter d'obtenir des prix de journée décents.

Certes, la loi hospitalière de 1970 envisage de prolonger à domicile les activités pratiquées à l'hôpital... mais seulement dans le public. Bien sûr, un texte paru en 1979 autorise la création de lits d'hospitalisation à domicile dans le secteur privé, mais jamais les décrets d'application ne sont parus.

Quant à la chirurgie ambulatoire, elle risque de sortir de la semi-clandestinité dans laquelle elle se pratique depuis une dizaine d'années pour plonger dans le carcan d'une réglementation dont il est à craindre qu'elle n'amène cette technique à rester confidentielle. A l'époque où Edmond Hervé était ministre de la santé, la publication d'un texte destiné à définir les différents niveaux d'alternatives à l'hospitalisation et les rapports qu'il devrait y avoir entre eux avait été annoncée. C'était il y a sept ou huit ans.

Il n'est guère étonnant, dans ces conditions, que ces pratiques restent marginales, bien qu'une enquête, menée en 1984 par 2 500 praticiens-conseil, ait montré que parmi les hospitalisés près de la moitié l'étaient, sans raison médicale suffisante ou dans une structure inadaptée. Vous me répondrez certainement que les alternatives sont mentionnées dans le projet de loi que vous défendez devant nous.

Mais pourquoi ne pas affirmer plus clairement la place des alternatives à l'hospitalisation dans notre système de santé et ne pas autoriser ainsi la reconnaissance officielle de cette « autre façon d'approcher la maladie » ?

Pourquoi enfermer totalement ces structures dans la carte sanitaire, ce qui signe le quasi-arrêt de leur développement ?

M. le ministre délégué chargé de la santé. Ce n'est pas la carte, mais le schéma !

Mme Ellenboeth Hubert. Pourquoi cette date de janvier 1989 pour habiliter les projets de chirurgie ambulatoire ou d'autres structures, alors que depuis des dossiers ont été « initiés » et des investissements réalisés ? En raison d'exigences de qualité et de maîtrise des dépenses de santé, allez-vous certainement me répondre.

Depuis que la notion de rentabilité a pénétré le monde protégé de la santé, il est vrai, les considérations d'ordre économique occultent tout débat sur ce thème.

La question est posée : les soins à domicile coûtent-ils moins cher ou plus cher que le recours à l'hospitalisation ? Aujourd'hui encore les dispositifs comptables ne nous permettent toujours pas d'apporter avec précision ces renseignements.

De plus, le problème du choix entre hospitalisation et soins ambulatoires se pose de façon bien différente selon les patients en fonction de leur situation sociale, de leur âge, de leur pathologie.

Ainsi a-t-on tenté d'évaluer le bénéfice humain des alternatives ? Certes non, ce concept n'est qu'appréhendé ! Mais peut-on pour autant l'exclure d'un processus d'évaluation dont on ne connaît d'ailleurs aujourd'hui que bien peu de critères ? Ne court-on pas le risque de voir pénaliser l'imagination et la créativité par l'émergence de réflexes protectionnistes menés au nom des sacro-saintes économies de l'assurance-maladie ?

En effet, force est de le reconnaître, pour le déplorer, l'évaluation, maître mot du langage médical de cette fin de siècle, n'est encore qu'un mirage ou une coquille vide.

La discussion de la loi hospitalière vous offrirait pourtant l'occasion de préparer le schéma de l'organisation des soins répondant aux besoins futurs de la population française.

Le Conseil économique et social, dont nous avons entendu mercredi le rapporteur, a dit ceci : « En raison de l'importance que prennent et que prendront les alternatives, elles doivent figurer parmi les missions de l'ensemble des établissements de soins... L'ensemble des alternatives doit être pris en compte, que ce soit les soins coordonnés, l'hôpital à domicile ou la chirurgie ambulatoire. »

Le rapport du commissariat général du Plan « Stratégies pour l'an 2000 » précise dans ses pages consacrées à l'hôpital : « La carte sanitaire n'a été utilisée que pour limiter la croissance des capacités. Elle a mal su prendre en compte la diversification des formes de soins - hospitalisation à temps partiel, alternatives à l'hospitalisation - et la complémentarité avec les activités privées et ambulatoires. » Plus loin, je lis : « Une planification incitative de programmation des activités médicales dans et hors les hôpitaux constitue une évolution souhaitable. »

La médecine ambulatoire, les alternatives à l'hospitalisation, devraient être également concernées. Encore une fois, vous le voyez, tous les experts le disent et le démontrent, demain l'organisation de notre système de soins sera bien différente de celle que nous connaissons aujourd'hui. Des hôpitaux publics et des établissements privés, à but lucratif ou non, devront coexister dans un harmonieux système de concurrence, les uns et les autres centrés essentiellement sur des plateaux techniques performants.

Ils devront comprendre un nombre limité de lits auxquels sera attaché un personnel soignant, - médecins, infirmiers, aides-soignants - en nombre suffisant et surtout bien formé. Un système d'hospitalisation à côté duquel se développeront non seulement des structures d'hébergement indépendantes, mais aussi les multiples formes d'alternatives à l'hospitalisation que j'ai évoquées parce qu'elles seront à l'évidence demain une forme d'exercice qui s'imposera à nous.

Lors de l'examen des articles, nous aurons l'occasion de reprendre une partie de cette discussion. Nous verrons alors si vous accompagnez cette vision hardie du professeur Bernard : « Je crois que dans le futur nous aurons des hôpitaux sans malades car ces derniers resteront chez eux », ou si ce projet de loi ne constitue finalement qu'une occasion manquée. (*Applaudissements sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République, Union du centre et Union pour la démocratie française.*)

M. le président. La parole est à M. Bernard Bioulac.

M. Bernard Bioulac. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, l'hôpital, institution sacrée dans notre pays, dans notre système de soins et, plus simplement, dans la conscience collective, vient d'une autre époque, mais il n'a cessé d'évoluer depuis, notamment depuis le Moyen-Age et la Renaissance - où il était alors un havre de paix et de salut.

Cependant l'évolution a surtout été nette et déterminante ces trente dernières années. L'ordonnance de 1958, complétée par les décrets de 1960, a profondément modifié et structuré l'hôpital public. Je pense plus particulièrement à la mise en place des centres hospitaliers universitaires et des centres hospitaliers généraux. On a eu droit ainsi à la qualité des soins, l'égalité de ceux-ci quels que soient la région ou le département, et on a donné un formidable souffle en matière d'enseignement et de recherche. Notre système était alors sûrement un des meilleurs du monde.

Cependant, cette structure, par trop colbertiste n'a pas toujours su par la suite s'adapter. Des corrections ont été tentées par un certain nombre de lois, particulièrement la loi de décembre 1970. Il était nécessaire d'atténuer les effets d'un hospitalo-centrisme incontestable et grandissant. Pourtant la

loi de 1970 ne réglait rien. Au cours des vingt ans qui suivirent, 16 réformes - essentiellement à l'époque où, messieurs de l'opposition, vos amis au pouvoir - ont vainement essayé, à des degrés divers, de lutter contre l'inadaptation croissante de l'institution hospitalière publique, sans guère de succès.

M. Jean-Claude Lefort. Vous, vous y êtes arrivés ?

M. Bernard Bloulec. Aujourd'hui, il est vrai, l'hôpital public est en crise. Les causes, sont nombreuses : gestion trop rigide par rapport au système d'hospitalisation privée ; cloisonnement de cette institution, c'est-à-dire réalité d'un hospitalo-centrisme qui demeure ; évolution du concept de maladie et de la façon de traiter celle-ci. En effet, l'hospitalisation aujourd'hui n'est plus le recours obligatoire. Les notions de médecine et de chirurgie ambulatoire sont passées dans les mœurs. Il est donc nécessaire de mieux adapter l'offre de soins et la demande des malades.

Reste enfin l'immuabilité dans l'hôpital des relations entre direction, administration et médecins, entre médecins et personnel médical, particulièrement les infirmières, et le personnel para-médical.

Ainsi les deux grands objectifs de ce projet de loi sont pertinents : optimiser les soins en vous en référant au coût, à l'efficacité, et à la qualité, et dynamiser les établissements publics de soins, tout en harmonisant les situations différentielles entre secteur public et secteur privé. Nous aborderons successivement, quelques-uns de ces points : le rééquilibrage du pouvoir à l'hôpital, l'évaluation ; l'ouverture de l'hôpital public, la notion de réseau, la planification évolutive, le service, le département et l'unité fonctionnelle.

S'agissant du rééquilibrage des pouvoirs à l'hôpital, je rappelle que trois pouvoirs se confrontent en général dans un hôpital : le pouvoir médical, par le biais de la commission médicale d'établissement, le pouvoir du directeur, le pouvoir du conseil d'administration. Chemin faisant, ces trois pouvoirs n'ont pas joué leur rôle, faute de synergies. Le pouvoir médical a décliné, le pouvoir du directeur a crû, et celui du conseil d'administration s'est souvent réduit à n'être que celui d'une chambre d'enregistrement.

Votre projet de loi, monsieur le ministre, précise, rectifie et rééquilibre ces pouvoirs, tout en faisant place à un pouvoir mieux défini pour les personnels, en modernisant le fonctionnement des anciens C.T.P., les comités techniques d'établissement.

Ainsi les médecins, via les C.M.E., prépareront avec le directeur le projet médical, qui est le noyau dur de ce que sera le projet d'établissement préparé par le directeur et approuvé par le conseil d'administration. Chacun, dans cette nouvelle dynamique, sera normalement à sa place, et aura à prendre ses responsabilités. Plus particulièrement, les médecins ne devraient plus se voir ou se sentir dessaisés dans l'hôpital. N'oublions jamais que l'hôpital c'est d'abord la rencontre du malade, du médecin et de l'équipe soignante.

M. Alain Calmat, rapporteur. Très bien !

M. Bernard Bloulec. Tout abus administratif qui atténuerait cela serait une faute. Il en a été quelquefois ainsi par le passé. Le directeur, quant à lui, ne doit être ni un gestionnaire de balais, ni un homme qui appliquerait la seule logique de gestion libérale, ni un mangeur de médecins.

Préciser les rôles respectifs de la C.M.E., de son président et du directeur devrait permettre d'éviter à l'avenir tous ces dérapages.

Par ailleurs, grâce à l'allègement de la tutelle de l'Etat, le directeur aura davantage de souplesse dans sa gestion. C'est une bonne chose, tout comme l'accélération de la procédure budgétaire. De même, les directeurs, surtout dans les C.H.U., devront mieux comprendre à l'avenir l'importance de l'enseignement et de la recherche.

Ces aspects-là, fondamentaux, ne doivent pas constamment se heurter à la seule approche économique. La qualité et le rayonnement des C.H.U. et de l'hôpital tout court en dépendent.

Enfin, le fonctionnement des C.T.E. est amélioré. Il serait bon à notre sens qu'ils soient présidés par le président du conseil d'administration plutôt que par le directeur. C'est un lieu de concertation entre le monde du travail, les syndicats, et la direction. Il est difficile, dans ces conditions, qu'il puisse être présidé par le directeur, qui assume le pouvoir exécutif de l'établissement.

Ainsi, ces quatre pouvoirs - la C.M.E., le conseil d'administration, le directeur et la C.T.E. - devraient, selon nous, pouvoir travailler intelligemment et de façon partenariale.

L'évaluation est un concept fondamental pour faire évoluer l'hôpital public.

Monsieur le ministre, s'il y a une partie de votre loi qui, à terme, changera inéluctablement les choses, c'est l'évaluation, non seulement l'évaluation dans la gestion des centres, services et établissements pour obtenir l'autorisation de commencer ou de poursuivre l'activité médicale, mais aussi l'évaluation dans les aspects qualitatifs et quantitatifs des soins médicaux délivrés dans les services ou les départements, qui conditionnera le renouvellement ou non du chef de service ou de département.

Notre pays n'est pas habitué à vivre avec l'évaluation. C'est sûrement une idée plus anglo-saxonne que latine. Doit-on voir la genèse du mandarinat au mauvais sens du terme ? Peut-être !

Evaluer et remettre en question sont des procédures banales dans nombre de pays d'Europe et d'Amérique du Nord. Nous devons entrer dans cette nouvelle ère. L'évaluation est passée, mes chers collègues, dans la vie quotidienne des chercheurs. Voilà bientôt dix ans que, tant à l'I.N.S.E.R.M. qu'au C.N.R.S., les unités et les équipes sont évaluées. Elles sont reconduites ou non, en général après des intervalles de quatre ans. Vous proposez cinq ans en moyenne à l'hôpital. C'est bien !

Même s'il nous faut du temps pour nous familiariser avec les procédures d'évaluation, c'est un fait incontournable. Dix ans, en gros, ont été nécessaires pour la recherche, mais chacun aujourd'hui accepte ce principe et personne n'imaginerait même qu'il puisse en être autrement.

A nous de mettre en œuvre ce mécanisme de modernité, de justice et de démocratie. Ce sera difficile, tant pour la gestion que pour la pratique médicale. Il existe déjà des programmes de médicalisation des systèmes d'information - les P.M.S.I. - qu'il faudra conforter au niveau des établissements grâce aux départements d'information médicale. Ainsi cette évaluation objective deviendra un facteur indispensable dans l'adaptation de l'hôpital public. Seuls les conservateurs pourraient en avoir peur !

M. Gilbert Millet. Absolument pas ! C'est un outil de rationnement, un outil de droite, pas de gauche !

M. Bernard Bloulec. Bien sûr, à partir du moment où l'on évalue, cela vous dérange !

L'ouverture de l'hôpital, c'est le réseau.

L'hospitalo-centrisme était inévitable. L'ordonnance de 1958 et le décret de 1960, monsieur Debré, ont été remarquablement structurants.

M. Bernard Debré. Ce n'est pas moi !

M. Bernard Bloulec. Je sais : jamais vous n'auriez fait aussi bien !

M. le président. Serait-ce que le fils dégénère ? (Sourires.)

M. Bernard Bloulec. Je n'ai pas dit cela, monsieur le président, et je vous en laisse la responsabilité !

Cette ordonnance et ce décret ont été tellement structurants qu'ils sont devenus, dans un second temps, le ferment d'un mal hélas trop français : on s'enferme régulièrement dans le jacobinisme ou des formes centralisatrices voisines. La loi de 1958 n'y a pas échappé. Malgré la loi de 1970, le centralisme institutionnel, petit à petit, a enfermé l'hôpital dans une citadelle inadaptée. Il est donc indispensable à la fois d'élargir la notion d'établissements de soins et d'intégrer ceux-ci dans un véritable réseau.

Une innovation essentielle de cette loi est que les établissements dispenseront certains soins avec ou sans hébergement. L'évolution du concept de maladie et des techniques de traitement telles que la chirurgie ambulatoire - qui n'est pas de la petite chirurgie, monsieur Debré - casse pour partie l'aspect obligatoire de l'hébergement. Les cliniques privées l'ont bien compris et ont souvent pris de l'avance sur l'hôpital public.

M. Gilbert Millet. Voilà !

M. Bernard Bloulec. C'est pourquoi il faudra, pour ces thérapeutiques nouvelles, développer davantage les structures alternatives. De ce point de vue, il est regrettable que la loi de 1979 ait été aussi inopérante.

M. Alain Calmat, rapporteur. Très bien !

M. Bernard Bioulac. Et cette loi, messieurs, ce n'est pas nous, c'est vous !

M. Bernard Debré. On l'a déjà entendu hier !

M. Bernard Bioulac. Parallèlement sera favorisée une véritable coopération inter-hospitalière. Ainsi seront instituées des conférences inter-hospitalières de secteur qui se substitueront aux groupements. Elles auront vocation à regrouper l'ensemble des établissements de soins du secteur et concerneront aussi bien les établissements publics que privés. Ainsi s'établira un vrai réseau.

De même, l'hôpital s'ouvrira vers l'extérieur, vers les autres secteurs du système de soins, en particulier dans les domaines de l'aide médicale urgente et de l'organisation des soins coordonnés à domicile. Non seulement les praticiens ne se sentiront plus coupés de l'hôpital, mais c'est un véritable réseau de soins qui s'organisera, où les hôpitaux locaux eux-mêmes évolueront et trouveront peu à peu leur place.

La planification évolutive - voilà qui devrait plaire au groupe communiste - favorisera l'harmonisation entre le secteur public et le secteur privé.

Mme Muguette Jacquelin. Voilà qui est clair !

M. Bernard Bioulac. La planification évolutive et qualitative introduit de nouveaux instruments : les schémas d'organisation sanitaire et les autorisations à durée déterminée.

Les établissements de soins, qu'ils soient publics ou privés, sont soumis à un régime commun. La carte sanitaire, tout d'abord, qui en dérange beaucoup, concerne non seulement la fonction d'encadrement quantitatif, mais aussi les nouvelles structures de soins alternatifs, et elle traite des besoins d'une zone. Le schéma d'organisation sanitaire, quant à lui, servira à déterminer la répartition par zones géographiques. Enfin, point très important, l'autorisation sera délivrée pour une durée déterminée. C'est un élément directement couplé à l'idée d'évaluation.

Cette organisation aura nécessairement pour effet que l'hôpital s'adapte mieux aux besoins et à la demande. C'est un point fondamental. Cela dérange, il est vrai, mais c'est un facteur de modernité et de progrès.

M. Bernard Debré. Cela ne nous dérange pas !

M. Bernard Bioulac. Qu'en est-il plus précisément de l'harmonisation entre le secteur public et le secteur privé ?

Un des facteurs déséquilibrants pour l'hôpital public a été, entre autres, la rigidité de la mécanique budgétaire, particulièrement le budget global, face à un secteur privé plus souple utilisant la tarification qui s'appuie sur le paiement à l'acte. Déjà la loi de janvier 1991 a réduit ces déséquilibres en instaurant le principe des conventions tarifaires à durée déterminée, le remboursement forfaitaire des frais d'analyses et d'exams biologiques et la légalisation de la fixation annuelle d'un taux directeur national, qui désormais s'appliquera aux établissements privés sous convention, c'est-à-dire à 75 p. 100 des 2 230 établissements privés.

Mais d'autres éléments permettront de réduire les inégalités et les différences pour assurer une meilleure harmonisation : les missions communes, l'information des malades, l'évaluation et la prospective, l'obligation d'une représentation des praticiens et des salariés dans ces établissements.

Le service, le département et l'unité fonctionnelle : quelle affaire, quel débat !

M. Bernard Debré. Quel flou !

M. Bernard Bioulac. Cette loi veut créer une autre dynamique dans l'institution hospitalière. Elle veut donner plus de responsabilités à l'établissement, dans un esprit de décentralisation. C'est tout de même nouveau, c'est un peu moins colbertiste.

M. Bernard Debré. Que vous a fait Colbert ?

M. Bernard Bioulac. Dans un esprit, donc, de décentralisation, l'hôpital établira lui-même son projet médical, autour duquel s'organisera le projet d'établissement. Ainsi, ce sont les médecins - praticiens hospitaliers ou praticiens hospitaliers professeurs d'université dans les C.H.U. - qui, via les C.M.E. puis l'approbation du conseil d'administration, définiront les départements à créer et en désigneront les chefs. Quoi de plus normal ? C'est une nécessité, une adaptation à

l'heure européenne, c'est la volonté de responsabiliser l'équipe médicale et le conseil d'administration. Mais cela n'est pas encore bien compris.

M. Bernard Debré. Cela dépend de ce qu'on entend par département !

M. Bernard Bioulac. Vous voyez bien, monsieur Debré, que tout le monde ne l'a pas bien perçu.

M. Bernard Debré. Mais si ! M. Barrot a parfaitement défini ce que c'était un département.

M. Bernard Bioulac. Et pourtant, il s'agit d'une réelle mesure de progrès. Peut-être est-ce pour cela que cela vous dérange !

M. Bernard Debré. Le département existe déjà !

M. Bernard Bioulac. Je ne comprends pas pourquoi certains collègues, médecins hospitaliers ou hospitalo-universitaires, exigent le maintien strict des services et la nomination des chefs de service par l'autorité ministérielle.

M. Bernard Debré. Ils ont raison ! Vous avez parlé des départements pour les nominations.

M. Bernard Bioulac. Mais enfin, monsieur Debré, dans 95 p. 100, voire 98 p. 100 des cas, les propositions de nomination des chefs de service sont faites par les C.M.E., suivies par les conseils d'administration et entérinées purement et simplement par le ministre compétent qui, la plupart du temps, ne connaît même pas les intéressés.

M. le ministre délégué, chargé de la santé. C'est exact !

M. Bernard Debré. Il reste 2 p. 100 !

M. Bernard Bioulac. Alors, soyons sérieux ! Sommes-nous dans un système de responsabilité ou dans un système technocratique, colbertiste et jacobin ?

M. Alain Calmat, rapporteur. Très bien !

M. Bernard Debré. Décidément, vous en voulez à Colbert !

M. Bernard Bioulac. Mais, pour ne pas engendrer une querelle *sine materia* (sourires)...

M. Bernard Debré. Oh !

M. Bernard Bioulac. ... la possibilité de garder la dualité service-département ne choquera ni ceux qui sont plus conservateurs, comme vous, messieurs, ni ceux qui sont plus progressistes, comme nous, mes chers collègues. (Sourires.)

M. Bernard Debré. Quelle pommade !

M. Bernard Bioulac. Par ailleurs, un autre progrès substantiel tient à l'apparition d'unités fonctionnelles dans les services ou les départements.

Certes, en 1987, Mme Barzach, une de vos amies, semble-t-il...

M. Bernard Debré. Pas des vôtres ?

M. Bernard Bioulac. ... avait eu l'idée d'en permettre la création. Mais cette idée fut bien peu suivie, elle le fut à l'échelle du micromètre, peut-être même de l'angstrom. (Sourires.) La notion de partage au sein d'un service n'est pas encore partagée par tous !

Ces unités fonctionnelles seront placées sous l'autorité d'un praticien hospitalier. C'est là une avancée très conséquente. Il y a, aujourd'hui encore, trop de praticiens hospitaliers qui ne peuvent accéder aux responsabilités dans l'exercice de la pratique médicale à l'hôpital. Inutile de rappeler que, dans certains C.H.U. et certains C.H.G., les relations entre chefs de service et praticiens hospitaliers relèvent toujours du même type que celles du patron avec son chef de clinique, quand ce n'est pas, monsieur Debré, du patron avec l'interne prolongé. Cela n'est pas convenable !

M. Bernard Debré. Adieu Colbert, voilà Dickens !

Il faut vivre avec son temps, monsieur Bioulac ! Les unités fonctionnelles existent déjà !

M. Bernard Bioulac. Si peu !

M. Bernard Debré. J'en ai six dans mon service !

M. Bernard Bioulac. Cette situation est, entre autres, la cause de la fuite de bien des gens de qualité vers le privé.

M. Bernard Debré. C'est faux !

M. Bernard Bioulac. On sait, monsieur le ministre, qu'il manque beaucoup trop de praticiens hospitaliers dans le système hospitalier public.

M. Jean-François Mattel. C'est vrai !

M. Bernard Bioulac. Voilà une des causes, même si ce n'est pas la seule.

M. Bernard Debré. Une micro-cause !

M. Bernard Bioulac. Deux autres mesures sont importantes : celle qui indique qu'exceptionnellement un service sera assimilé à une unité fonctionnelle, et celle qui prévoit qu'un praticien hospitalier pourra diriger plusieurs unités fonctionnelles. Dans les deux cas, monsieur le ministre, il faut que ce soit exceptionnel, sinon vous risquez de ne voir se créer que bien peu d'unités fonctionnelles.

Enfin, dernière mesure très intéressante, la possibilité de créer des fédérations fonctionnelles entre services, départements et unités fonctionnelles. Cette faculté est pertinente pour certaines disciplines mais ne peut être systématisée.

En conclusion, je soulignerai que, malgré toutes les critiques que nous avons entendues de la part de l'opposition, cette loi est une loi de progrès. Elle n'est ni un miroir aux alouettes, comme le prétendent certains, ni la menace de l'instauration, par le biais du conseil de service, d'une république démocratique populaire, comme d'autres le soutiennent.

M. Bernard Debré. C'est la loi du ni-ni ! Pour une fois, vous n'y dérogez pas !

M. Bernard Bioulac. 1958, 1960, 1970, 1984, 1987, 1991 : autant de dates qui jalonnent les vicissitudes de l'hôpital public.

M. Bernard Debré. Ce n'est plus Dickens, c'est Orwell !

M. Bernard Bioulac. Il est aujourd'hui indispensable, grâce à l'évaluation, à l'autonomie, à la souplesse de gestion, à l'ouverture de l'hôpital vers l'extérieur, à la plus grande responsabilité partagée et à l'équilibre privé-public, de faire en sorte que - par cette loi de progrès - la souffrance de l'hôpital public, qui est réelle, s'atténue et disparaisse.

M. Bernard Debré. Maintenant, c'est du Corneille !

M. Bernard Bioulac. Notre système d'hospitalisation reste un des meilleurs, et quelquefois, monsieur Debré, vous le dénigrez trop.

M. Bernard Debré. La vérité est toujours bonne à dire !

M. Bernard Bioulac. Mais il y a désormais urgence à agir, en dehors de toute querelle d'école « public-privé », dans un sens de progrès et de partage. Cette loi est bonne, monsieur le ministre, et nous la voterons. *(Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.)*

M. Bernard Debré. Vous serez bien seuls, monsieur Bioulac !

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Foucher.

M. Jean-Pierre Foucher. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, depuis une vingtaine d'années, le monde hospitalier a beaucoup évolué et, subissant des modifications enchevêtrées, il a mal évolué. On parle beaucoup, depuis quelque temps, du malaise hospitalier. L'hôpital est malade, il est malade dans sa gestion, malade dans ses structures, malade dans son personnel, malade dans son avenir.

M. Gilbert Millet. Vous y avez contribué !

M. Jean-Pierre Foucher. Une réforme était donc nécessaire. La loi actuellement applicable, mais non appliquée dans sa totalité, devait être clarifiée, simplifiée et ajustée.

Malheureusement, monsieur le ministre, si c'est le but que vous recherchez, il ne semble pas être atteint, puisque le projet que vous nous présentez complique les situations et comporte des lacunes. Loin de changer la situation, ce texte nous laisse sur notre faim et il doit être sérieusement complété pour être acceptable.

Tout d'abord, si des principes directeurs sont, bien entendu, nécessaires, la planification prévue par le projet de loi ne peut qu'être qualifiée de tentaculaire, car elle concerne tous les domaines du monde hospitalier. Comment peut-on

imaginer de concilier une planification aussi rigide avec, d'une part, l'évolution rapide des secteurs thérapeutiques et techniques et, d'autre part, la spécificité de chaque établissement ?

Pourquoi prévoir d'ores et déjà une annexe très complexe, dont le contenu permettra aux pouvoirs publics de refuser toute évolution nécessaire des structures hospitalières et qui risque de bloquer des initiatives et des expérimentations pendant quatre ou cinq ans ?

Je pense donc qu'il faut, dès à présent, limiter le champ des secteurs d'organisation sanitaire régionaux, faute de quoi trois au moins des objectifs de votre projet resteraient lettre morte : l'accroissement de l'autonomie des établissements, la concertation et l'adaptation de notre système hospitalier à l'avenir.

Par ailleurs, la carte sanitaire concernera non seulement les équipements et les capacités, mais aussi les activités. Il faudrait définir plus précisément ces dernières. S'agit-il d'une spécialité en particulier, ou d'un groupe de spécialités ? Il me semble dangereux de laisser à un futur décret le soin de définir ces activités.

Dans le même ordre d'idées, il faudrait préciser la part que vous réservez aux hôpitaux du secteur privé dans les commissions régionales d'établissement des schémas d'organisation sanitaire. De même, il me paraît indispensable de prévoir une procédure de recours contre ces schémas auprès des ministres concernés, après avis d'un comité national d'experts indépendants créé à cet effet.

En ce qui concerne l'hospitalisation privée, le projet la soumet à des contraintes nouvelles relatives à l'attribution des autorisations de service public et à la procédure budgétaire.

Sur ces deux points, je formulerai plusieurs propositions.

Il faut que les cliniques privées puissent bénéficier d'autorisations d'une durée au moins égale à celle des amortissements des matériels indispensables pour remplir leur mission. Ces autorisations seraient renouvelées de manière tacite à moins qu'une faute constatée soit imputable à l'établissement. Par ailleurs, il convient de simplifier la procédure budgétaire des établissements privés à but non lucratif.

Ma troisième remarque concerne la libéralisation des règles de gestion des établissements publics.

Votre projet, monsieur le ministre, instaure un régime lourd et, à terme, paralysant le contrôle des délibérations des conseils d'administration. Une tutelle véritablement allégée - n'est-ce pas votre objectif ? - exigerait la transformation des établissements publics hospitaliers en établissements publics industriels et commerciaux. Ils bénéficieraient ainsi de règles de gestion infiniment plus souples correspondant mieux à leur mission.

M. Jean-Luc Préal. Très bien !

M. Jean-Pierre Foucher. Par ailleurs, sauf pour le projet d'établissement et la procédure budgétaire qui peuvent être soumis à des règles particulières, il est nécessaire que la tutelle, pour le reste, soit exercée *a posteriori*.

M. Jacques Barrot. Très bien !

M. Bernard Debré. Très juste !

M. Jean-Pierre Foucher. Allons encore plus loin. La possibilité de créer des G.I.E. et des sociétés d'économie mixte permettrait l'ouverture de l'hôpital sur des activités et filiales, ce qui n'est pas sans intérêt pour l'exportation de nos techniques de pointe ou de nos formations hospitalières mondialement reconnues.

Enfin, les gestionnaires des établissements doivent procéder sans restriction, mais au sein des limites budgétaires au virement des crédits nécessaires.

M. Gilbert Millet. En somme, vous voulez plus de droits !

M. Jean-Pierre Foucher. Toutes ces propositions, si osées qu'elles puissent vous paraître, ne sauraient entraîner des dérapages puisque, en tout état de cause, le projet d'établissement dûment approuvé en cerne les limites.

Pour ce qui est de l'organisation interne des hôpitaux, votre projet, monsieur le ministre, est parfaitement irréaliste et confus, malgré les nombreuses auditions auxquelles vous avez procédé. Vous organisez des structures parallèles - le service d'une part et le département d'autre part - mais leurs

chefs dépendent d'autorités différentes : le ministre de la santé pour le premier, le conseil d'administration pour le second.

La confusion est amplifiée par la création des fédérations de services ou de départements et par le morcellement de l'hôpital en de multiples unités fonctionnelles qui seront les structures de base. Il me semble évident que clarification et simplification doivent intervenir dans ce domaine.

M. Bernard Debré. Bien sûr !

M. Jean-Pierre Foucher. Le groupe de l'U.D.C. propose que le service dont le chef reste nommé par le ministre soit la structure de base obligatoire.

M. Bernard Debré. Très bien !

M. Jean-Pierre Foucher. Le département serait une structure volontaire adaptée aux nécessités locales et fédérerait les services dans un souci de mise en commun des moyens ou bien serait une structure transversale utile à plusieurs services, à l'instar, par exemple, de l'anesthésie-réanimation.

M. Bernard Debré. C'est ainsi que cela marche !

M. Jean-Pierre Foucher. Cette nouvelle organisation impliquerait *ipso facto* la disparition des fédérations de services.

M. Jacques Barrot. Bien sûr !

M. Jean-Pierre Foucher. Enfin, dans les hôpitaux non universitaires, nous proposons que les chefs de service et de département soient nommés par le conseil d'administration sur proposition des C.M.E. à la majorité des deux tiers.

Votre projet de loi, monsieur le ministre, reconnaît, enfin, l'importance des services de soins infirmiers. Cependant vous ne créez aucune structure permettant aux personnels soignants de s'exprimer. Les mouvements revendicatifs qui nous ont montré le profond malaise de cette catégorie de personnel restent encore vifs dans nos mémoires. C'est pourquoi, pour parer au goût d'inachevé du projet, nous proposons la création d'une commission du service de soins infirmiers et la mise en place d'une représentation spécifique des cadres.

Cette structure toucherait en premier lieu le personnel soignant. Elle serait présidée par l'infirmière générale et émettrait un avis sur l'ensemble des questions intéressant l'organisation générale des soins infirmiers, la recherche et l'évaluation, dans ce domaine, des soins infirmiers, ainsi que la politique de formation. Ce serait reconnaître le rôle important du personnel soignant et valoriser sa mission.

Ensuite, permettez-moi d'aborder le sort réservé aux petits hôpitaux généraux et aux hôpitaux locaux.

Le projet ne précise pas leur mission, mais il leur fait obligation de passer des conventions avec un centre hospitalier pour assurer les soins. Il serait souhaitable d'indiquer quel avenir est réservé à ces structures de proximité. Ne faut-il pas ouvrir ces hôpitaux vers l'extérieur en leur permettant de passer des conventions avec plusieurs centres hospitaliers ainsi qu'avec des médecins libéraux ou des cliniques privées lorsque cela s'avère nécessaire ou simplement utile ?

C'est à cet effet que nous proposons de renforcer le système des cliniques ouvertes, les accords contractuels avec les médecins spécialistes de ville, la possibilité de passer des conventions multiples avec les hôpitaux universitaires capables d'apporter les compétences médicales complémentaires lorsqu'elles font défaut aux petits établissements. Je reviendrai dans quelques instants sur cette question au nom de mon collègue Edouard Landrain.

Tous ces sujets sur lesquels l'U.D.C. a déposé des amendements sont des points essentiels du projet de loi.

Pour terminer j'évoquerai les incertitudes provoquées par des lacunes importantes qui ne seront comblées qu'après la parution d'un décret. Elles concernent notamment les conditions précises dans lesquelles le ministre arrêtera le schéma national ou interrégional ainsi que la carte sanitaire et la manière dont il pourra déléguer ses pouvoirs relatifs à cette dernière au représentant de l'Etat ou de la région.

J'aimerais que vous nous précisiez également, monsieur le ministre, la liste des activités de soins régies par la carte sanitaire, le niveau local ou national de chaque activité, les modalités d'implantation et de fonctionnement.

Par ailleurs, quel sera le champ des autorisations à durée déterminée ? Quelles seront la composition et les modalités de fonctionnement des comités nationaux et régionaux d'or-

ganisation sanitaire ? Quelles seront les structures de soins alternatifs à l'hospitalisation qui seront soumises à autorisation ou approbation ? Quelles seront les conditions de mise en œuvre du système d'information commun Etat-assurances-maladie et quelles seront les informations concernées ? Enfin, en ce qui concerne les autorisations et l'approbation, quelles seront les conditions techniques de fonctionnement des projets et les modalités de la visite de conformité ?

Autant de questions auxquelles le projet ne répond pas, ce qui, lié au souci de planification intense que vous montrez, me fait craindre une désorganisation certaine au sein des établissements publics hospitaliers et de nombreuses sources de conflit pour l'avenir.

Pour terminer, monsieur le président, je profiterai des cinq minutes de temps supplémentaires qui m'ont été accordées pour parler à la place de mon collègue Edouard Landrain qui n'a pu intervenir lui-même en raison des modifications intervenues dans notre ordre du jour.

M. Landrain voulait appeler l'attention de M. le ministre sur ses préoccupations relatives aux hôpitaux généraux, aux hôpitaux de secteur dont le sort paraît incertain.

D'abord le projet de loi définit mal les différents types d'établissements hospitaliers. On parle de centres hospitaliers, de C.H.R., de C.H.U., d'hôpitaux locaux, mais on voit mal où situer les petits hôpitaux généraux de secteur. Il est, certes, évident qu'il faut assainir, regrouper et rentabiliser, mais pas n'importe comment. La disparition des petits hôpitaux de secteur accélérerait, en effet, la désertification rurale et serait un mauvais coup porté à l'aménagement du territoire au seul profit des grands centres de communauté urbaine.

Les entrepreneurs, lorsqu'ils souhaitent s'installer dans une région, ne manquent jamais de s'inquiéter sur les capacités hospitalières du secteur. Il est vrai que l'on ne peut pas conserver à n'importe quel prix tous les hôpitaux de secteur diffus, nous le comprenons fort bien. Toutefois, quand les hôpitaux sont modernes et disposent de plateaux techniques adaptés, quand ils effectuent un nombre d'actes suffisants, quand l'éloignement des C.H.R. est grand, quand l'aire d'attraction de l'hôpital atteint plus de 50 000 habitants - pratiquement un bassin d'emploi - quand il n'existe plus de clinique privée dans le secteur, ne doit-on pas tout faire pour maintenir ces hôpitaux ?

Pour cela, il faut certainement éviter toute philosophie dépassée du tout-public ou tout-privé et tenter de mêler harmonieusement public et privé, secteur libéral et secteur hospitalier dans le cadre de cet hôpital. Il convient d'effectuer une véritable révolution, en offrant aux médecins la possibilité de travailler ensemble, de façon harmonieuse, qu'ils soient de ville ou d'hôpital.

Certes, il faudra compter sur l'extérieur, passer des contrats avec les autres hôpitaux, pour donner la possibilité à leurs praticiens, en chirurgie en particulier ; de venir travailler dans l'hôpital secondaire, afin d'y pratiquer dans le cadre de contrats ou de conventions. On ne devra évidemment pas faire n'importe quoi n'importe comment. Ainsi, il est hors de question de sophistiquer au maximum ces hôpitaux. Néanmoins, il faut trouver une solution qui leur permette de vivre, en sachant qu'ils sont indispensables pour l'avenir des régions.

Dans ce but un amendement a été déposé par Edouard Landrain qui vous proposera de mener des expérimentations sur quelques sites. Étalées sur plusieurs années, elles permettront de savoir s'il est ou non encore possible en France de faire vivre, côte à côte, dans le même esprit, le système libéral et le système public. (*Applaudissements sur les bancs des groupes de l'Union du centre, du Rassemblement pour la République et Union pour la démocratie française.*)

M. le président. La parole est à M. le ministre délégué.

M. le ministre délégué, chargé de la santé. J'aurai l'occasion de répondre en détail aux nombreuses questions que M. Foucher a posées dans son intervention, mais je tiens à apporter immédiatement une précision sur l'un de ses propos qui ne me paraît pas conforme au texte en discussion. Il concerne les infirmières.

Le projet comporte de nombreuses dispositions en faveur des infirmières, originales et importantes. Parmi elles figure la création du service de soins infirmiers, laquelle a été introduite dans le projet à la fin du mois de décembre. Ce service sera compétent pour l'organisation, pour la recherche, et pour la formation des infirmières.

M. Bernard Debré. Il n'était pas prévu qu'il soit consulté par les médecins !

M. le ministre délégué, chargé de la santé. Par ailleurs, les infirmières participeront, comme les autres professions hospitalières, au conseil de services.

Je tenais simplement à souligner qu'en la matière le projet de loi innove dans le sens attendu par les infirmières depuis longtemps.

M. le président. La parole est à M. Bernard Debré.

M. Bernard Debré. Monsieur le ministre, je tiens à rappeler que le projet ne prévoyait pas la consultation par la C.M.E. de ce service de soins infirmiers, ce qui était une grave lacune. J'espère que vous vous en êtes rendu compte.

M. Jean-Pierre Foucher. Il faut que l'on tienne compte de son avis !

M. Alain Calmat, rapporteur. La commission a adopté un amendement sur ce sujet !

M. le président. Mes chers collègues, certains d'entre vous voudraient prolonger la séance, alors que d'autres souhaitent qu'on l'interrompe. C'est à ces derniers que je vais donner raison parce que demain est déjà un autre jour.

M. Jean-Yves Chamard. M. Mattei ne pourra pas intervenir !

M. le président. La suite de la discussion est renvoyée à une prochaine séance.

2

DÉPÔT D'UNE PROPOSITION DE RÉSOLUTION

M. le président. J'ai reçu de M. Denis Jacquat une proposition de résolution tendant à la constitution d'une commission d'enquête sur la situation comparée au regard du droit social et du droit fiscal entre les frontaliers travaillant en Allemagne et au Grand Duché du Luxembourg et les salariés français travaillant en France.

La proposition de résolution est renvoyée à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

Elle sera imprimée sous le numéro 1968 et distribuée.

3

DÉPÔT D'UN RAPPORT

M. le président. J'ai reçu de M. José Rossi un rapport fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République en vue de la lecture définitive du projet de loi portant statut de la collectivité territoriale de Corse.

Le rapport a été imprimé sous le numéro 1965 et distribué.

4

DÉPÔT DE RAPPORTS D'INFORMATION

M. le président. J'ai reçu de MM. Jeanny Lorgeoux, Claude Barate, Pierre Brana, Charles Ehrmann et Pierre Lagorce un rapport d'information déposé, en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires étrangères, à la suite d'une mission effectuée en Afrique australe (Afrique du Sud, Namibie, Botswana, Angola) du 18 février au 2 mars 1991.

Le rapport d'information sera imprimé sous le n° 1966 et distribué.

J'ai reçu de M. André Bellon et M. Xavier Deniau un rapport d'information déposé, en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires étrangères, à la

suite d'une mission effectuée en Union soviétique, du 15 au 23 mars 1991, à l'occasion du référendum du 17 mars 1991 sur l'Union.

Le rapport d'information sera imprimé sous le n° 1967 et distribué.

5

ORDRE DU JOUR

M. le président. Lundi 15 avril 1991, à seize heures, première séance publique :

Discussion, en nouvelle lecture, du projet de loi n° 1948 instituant des solidarités financières entre communes, entre départements et entre collectivités locales de la région d'Ile-de-France (rapport n° 1961 de M. René Dosière au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République).

A vingt et une heures trente, deuxième séance publique :
Suite de l'ordre du jour de la première séance.

La séance est levée.

(La séance est levée, le samedi 13 avril 1991, à zéro heure dix.)

Le Directeur du service du compte rendu sténographique de l'Assemblée nationale,
CLAUDE MERCIER

DÉMISSION DE MEMBRES DE COMMISSIONS

M. Didier Mathus a donné sa démission de membre de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

M. Robert Le Foll a donné sa démission de membre de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République.

NOMINATION DE MEMBRES DE COMMISSIONS

(En application de l'article 38, alinéa 4, du règlement)

Le groupe socialiste a désigné :

M. Robert Le Foll pour siéger à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

M. Didier Mathus pour siéger à la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République.

Candidatures affichées le vendredi 12 avril 1991, à seize heures.

Ces nominations prennent effet dès leur publication au *Journal officiel*.

APPARTENANCE À UNE COMMISSION

En application de l'article 38, alinéa 3, du règlement, M. Marcel Wacheux, qui n'est plus membre du groupe socialiste, cesse d'appartenir à la commission de la production et des échanges ; comme député n'appartenant pas à un groupe, il présente sa candidature à cette même commission.

Candidature affichée le vendredi 12 avril 1991, à seize heures.

Cette nomination prend effet dès sa publication au *Journal officiel*.

RECTIFICATIFS

Au *Journal officiel* (Débats parlementaires, Assemblée nationale) n° 15 (3) A.N. (C.R.), du mercredi 10 avril 1991

QUESTIONS ORALES SANS DÉBAT

1. - Page 1007, 2^e colonne, 2^e ligne de la question n° 368 de M. Emmanuel Aubert :

Au lieu de : « ... M. le ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale... ».

Lire : « ... M. le ministre délégué à la santé... ».

II. - Page 1008, 2^e colonne, 2^e ligne de la question n° 373 de M. Jean Laurain :

Au lieu de : « ... M. le ministre délégué auprès du ministre de l'industrie et de l'aménagement du territoire, chargé de l'aménagement du territoire et des reconversions... ».

Lire : « ... M. le ministre délégué à l'aménagement du territoire et aux reconversions... ».

III. - Page 1008, 2^e colonne, 7^e ligne de la question n° 375 de Mme Marie-Joséphe Sublet :

Au lieu de : « ... M. le secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre, chargé de l'environnement et de la prévention des risques technologiques et naturels majeurs... ».

Lire : « ... M. le ministre délégué à l'environnement et à la prévention des risques technologiques et naturels majeurs... ».

IV. - Page 1009, 1^{re} colonne, 2^e ligne de la question n° 376 de M. Gérard Grignon :

Au lieu de : « ... M. le ministre délégué auprès du ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et du budget, chargé du budget... ».

Lire : « ... M. le ministre délégué au budget... ».



LuraTech

www.luratech.com



LuraTech

www.luratech.com

ABONNEMENTS

| EDITIONS | | FRANCE et outre-mer | ETRANGER | |
|---------------------------------------------|----------------------------|------------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Codes | Titres | Francs | Francs | |
| DEBATS DE L'ASSEMBLEE NATIONALE : | | | | Les DEBATS de L'ASSEMBLEE NATIONALE font l'objet de deux éditions distinctes : - 03 : compte rendu intégral des séances ; - 33 : questions écrites et réponses des ministres. Les DEBATS du SENAT font l'objet de deux éditions distinctes : - 06 : compte rendu intégral des séances ; - 36 : questions écrites et réponses des ministres. Les DOCUMENTS de L'ASSEMBLEE NATIONALE font l'objet de deux éditions distinctes : - 07 : projets et propositions de lois, rapports et avis des commissions. - 27 : projets de lois de finances. Les DOCUMENTS DU SENAT comprennent les projets et propositions de lois, rapports et avis des commissions. |
| 03 | Compte rendu..... 1 an | 106 | 662 | |
| 33 | Questions 1 an | 106 | 664 | |
| 03 | Table compte rendu..... | 52 | 66 | |
| 03 | Table questions..... | 52 | 66 | |
| DEBATS DU SENAT : | | | | |
| 04 | Compte rendu..... 1 an | 96 | 536 | |
| 35 | Questions 1 an | 96 | 540 | |
| 06 | Table compte rendu..... | 52 | 61 | |
| 06 | Table questions..... | 32 | 62 | |
| DOCUMENTS DE L'ASSEMBLEE NATIONALE : | | | | |
| 07 | Série ordinaire..... 1 an | 670 | 1 672 | |
| 27 | Série budgétaire..... 1 an | 203 | 304 | |
| DOCUMENTS DU SENAT : | | | | |
| 06 | Un an..... | 670 | 1 636 | |

DIRECTION, REDACTION ET ADMINISTRATION
 28, rue Decaux, 75727 PARIS CEDEX 15
 Téléphone STANDARD : (1) 40-55-75-80
 ABONNEMENTS : (1) 40-58-77-77
 TELEX : 201176 F DIRJO-PARIS

En cas de changement d'adresse, joindre une bande d'envoi à votre demande.

Tout paiement à la commande facilitera son exécution
 Pour expédition par voie aérienne, outre-mer et à l'étranger, paiement d'un supplément modulé selon la zone de destination.

www.luratech.com

Prix du numéro : 3 F

(Fascicule de un ou plusieurs cahiers pour chaque journée de débats; celle-ci peuvent comporter une ou plusieurs séances.)



LuraTech

www.luratech.com